Justice Manitoba
Manitoba Justice

2008-05024/

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2006

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	3
Caseload Statistics – 2006	5
Types of Deaths Investigated and Certified	7
Homicides	7
Suicides	8
Accidental Deaths	10
Undetermined Deaths	11
Natural Deaths	12
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	13
Summary of Children's Deaths	13
Sudden Infant Death Syndrome	14
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	15
Inquests	18
Inquest Recommendations – 2006	19
Reported Deaths of Children-in-Care	35
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services and Housing – 2006	36

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to affect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily, and residents of a personal care home. The CME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.18 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 14 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, two special investigators to review CFS services, a statistician, and four support staff. The fee-for-service element is provided by 22 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system. Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Laboratory at St. Boniface General Hospital in Winnipeg. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2006, 5846 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 60% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical

examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the Royal Canadian Mounted Police and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting its death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2006

Medical Examiner Certified Cases	**1560**
Non-Medical Examiner Cases	**4286**
Total Caseload	**5846**

CASELOAD REVIEW 1992 – 2006

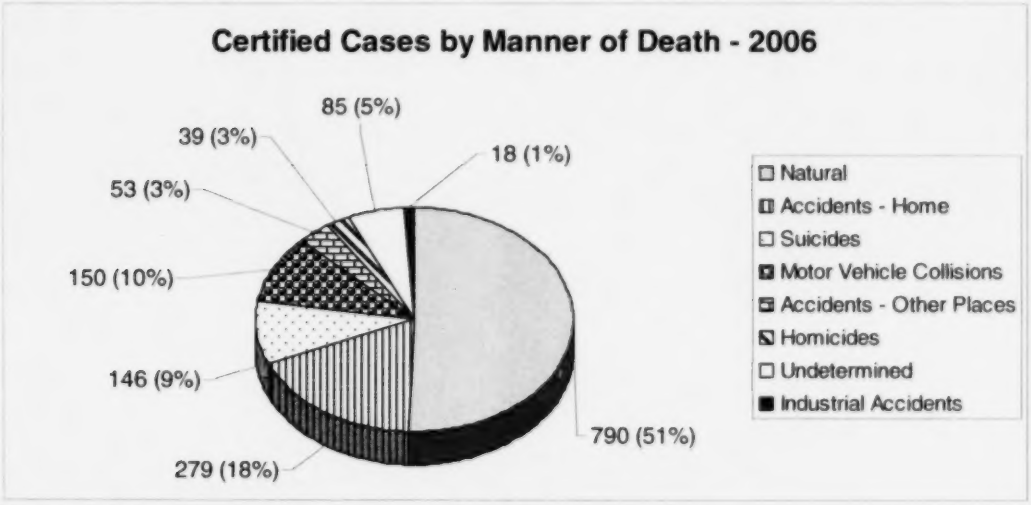
YEAR	TOTAL
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567
2000	5590
2001	5804
2002	5935
2003	5963
2004	5977
2005	5925
2006	5846

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review includes all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
Natural	3589	1487	5076
Accidents in the Home	219	60	279
Motor Vehicle Collisions	56	94	150
Accidents in Other Places	25	28	53
Industrial Accidents	15	3	18
Suicides	73	73	146
Homicides	25	14	39
Undetermined	57	28	85
TOTAL	**4059**	**1787**	**5846**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



Note: Certified cases are those investigated by a medical examiner.

TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	23	2	25
Rural	11	3	14
Total	34	5	39

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

	Age							
Method	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	Total
Firearms	0	3	4	0	2	0	1	10
Blunt Weapon/ Violence	1	1	2	5	2	0	3	14
Stabbing/ Incised Wound	0	3	3	2	2	1	1	12
Battered Child/ Shaken Baby	1	0	0	0	0	0	0	1
Other	1	0	0	0	0	0	1	2
Total	3	7	9	7	6	1	6	39

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	54	19	73
Rural	55	18	73
Total	**109**	**37**	**146**

SUICIDES BY AGE AND GENDER

	Age									
Gender	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Male	0	10	25	18	29	14	8	2	3	109
Female	0	11	6	4	5	4	4	2	1	37
Total	**0**	**21**	**31**	**22**	**34**	**18**	**12**	**4**	**4**	**146**
Per 100,000	**0.00**	**12.35**	**19.85**	**14.33**	**18.60**	**11.62**	**12.54**	**5.81**	**8.03**	**12.39**

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of 2006 (Manitoba Health Population Report – June 1, 2006).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	59	21	80	54.8%
Firearms	26	0	26	17.8%
Drug Overdose	9	10	19	13.0%
Carbon Monoxide	4	1	5	3.4%
Drowning	2	2	4	2.7%
Jumping From Heights	2	0	2	1.4%
Other	7	3	10	6.8%
Total	**109**	**37**	**146**	**100.0%**

Note: Percentages may not add to 100% due to rounding.

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	8	2	10
February	9	3	12
March	8	5	13
April	5	7	12
May	7	4	11
June	7	11	18
July	1	9	10
August	6	10	16
September	6	6	12
October	3	7	10
November	4	4	8
December	9	5	14
Total	73	73	146

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Total	**15**	**3**	**18**
Accidents In The Home			
Falls	156	29	185
Drug/Alcohol Overdose	47	21	68
Smoke Inhalation	2	8	10
Drowning	4	0	4
Asphyxia	2	1	3
Café Coronary	3	0	3
Auto Eroticism	1	1	2
Burning/Scalding	1	0	1
Other	3	0	3
Total	**219**	**60**	**279**
Accidents In Other Places			
Drowning	1	12	13
Falls	10	1	11
Exposure	3	6	9
CO Poisoning	2	0	2
Animal Related (Not MVA)	0	3	3
Falling Objects	1	0	1
Other	8	6	14
Total	**25**	**28**	**53**
Total Non – Traffic Accidents	**259**	**91**	**350**

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Single Vehicle	18	42	60
Vehicle/Vehicle	17	30	47
Vehicle/Pedestrian	10	8	18
Snowmobile	2	5	7
All Terrain Vehicle	2	2	4
Multiple Vehicle	2	2	4
Vehicle/Cyclist	1	1	2
Minibike/Dirtbike	0	2	2
Vehicle/Train	0	2	2
Motorcycle	1	0	1
Vehicle/Motorcycle	1	0	1
Other	2	0	2
Total Traffic Accidents	**56**	**94**	**150**
Total Non-Traffic Accidents	**259**	**91**	**350**
Total Accidental Deaths	**315**	**185**	**500**

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	14	11	25
No Anatomical Cause Found	13	10	23
SIDS	3	2	5
Head Injuries	4	0	4
Drowning	3	0	3
SUDS	2	0	2
Multiple Injuries	2	0	2
Fall	0	2	2
Smoke Inhalation	1	1	2
Hypothermia	1	1	2
Other	8	7	15
Total	**51**	**34**	**85**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	335	158	493
Lung Disease	51	31	82
Hemorrhage	46	27	73
Post – Operative	7	2	9
Cancer	12	7	19
Intra-Operative	1	0	1
Peritonitis	3	0	3
Cirrhosis	2	1	3
Undetermined	4	4	8
Prematurity	1	2	3
Epilepsy	1	2	3
Meningitis	0	1	1
Other	52	40	92
Total	515	275	790

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	2	4	6
1-9	0	1	1
10-19	5	2	7
20-29	6	1	7
30-39	19	11	30
40-49	58	15	73
50-59	117	39	156
60-69	111	40	151
70-79	109	67	176
80-89	73	69	142
90-99	15	26	41
Total	515	275	790

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

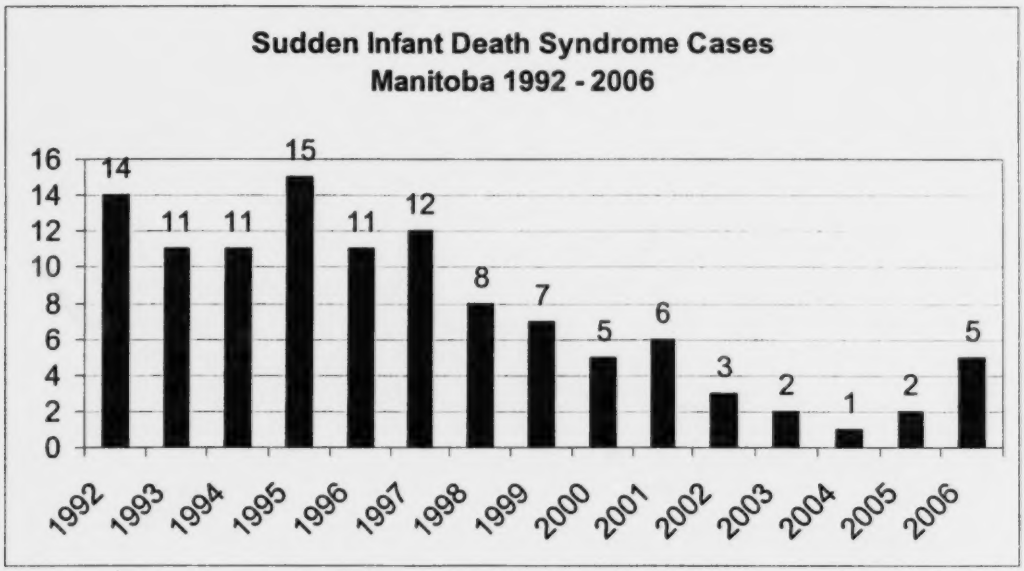
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	877	1613	2490
Natural**	49	83	132
Accidents in the Home	29	52	81
Accidents in Other Places	1	1	2
Industrial Accidents (Asbestos exposure)	2	0	2
Motor Vehicle Collisions	0	1	1
Undetermined	1	1	2
Total	**959**	**1751**	**2710**

* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner
** Certified by a medical examiner

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	57	36	93
Natural**	7	5	12
Suicides	5	9	14
Motor Vehicle Collisions	10	5	15
Homicides	2	2	4
Accidents in Other Places	3	0	3
Undetermined	8	7	15
Accidents in the Home	4	4	8
Total	**96**	**68**	**164**

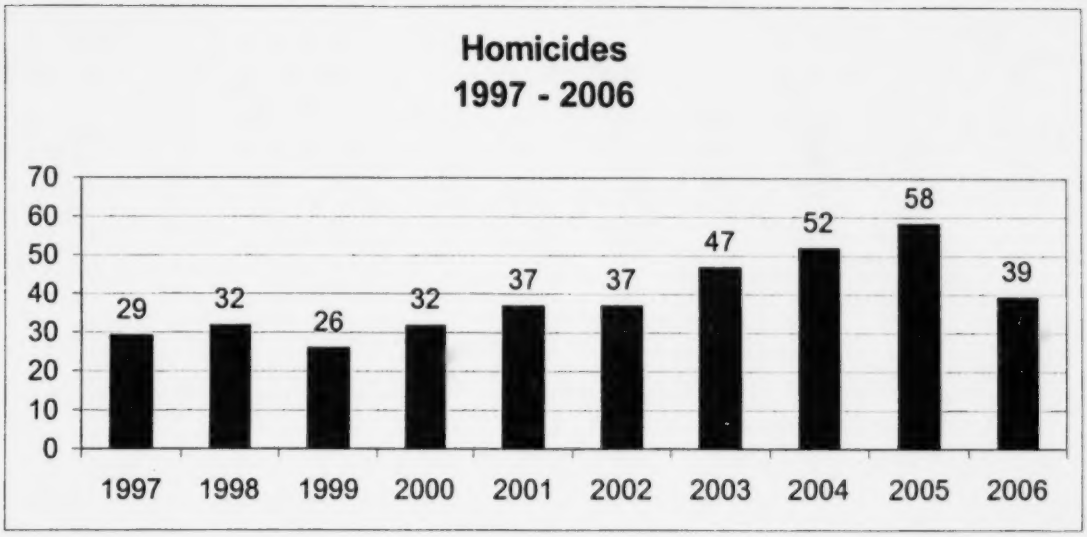
Note: 5 cases of SIDS are included in the undetermined category.
* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.
** Certified by a medical examiner.

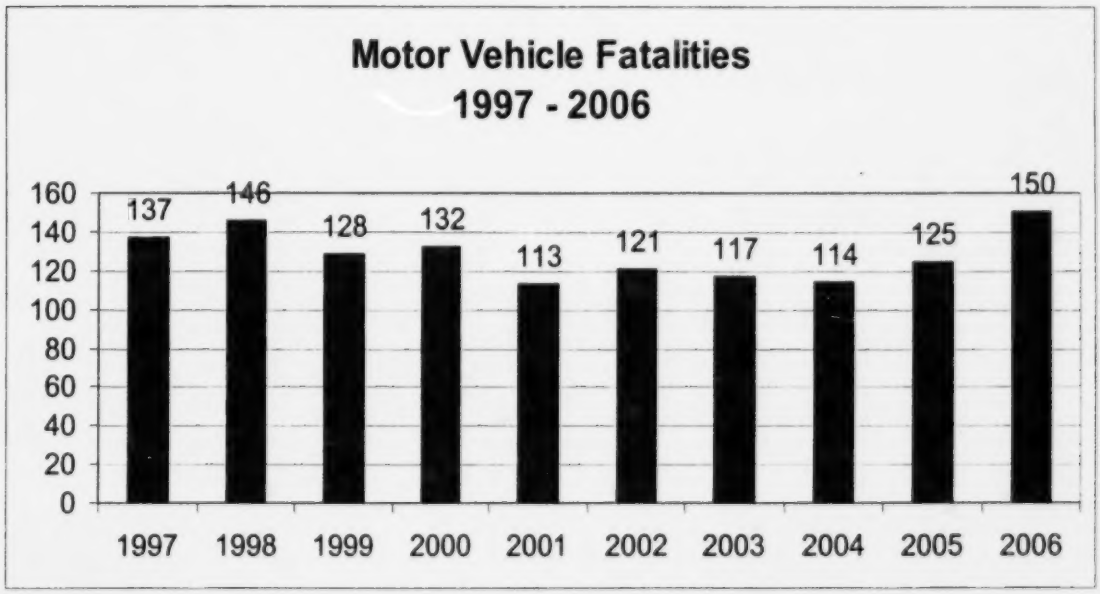


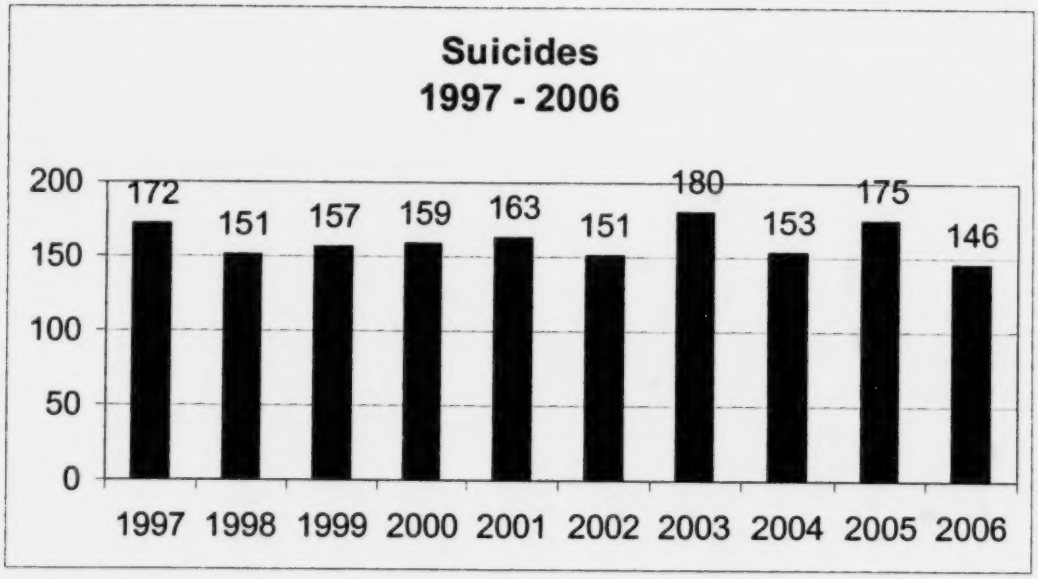
SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2006

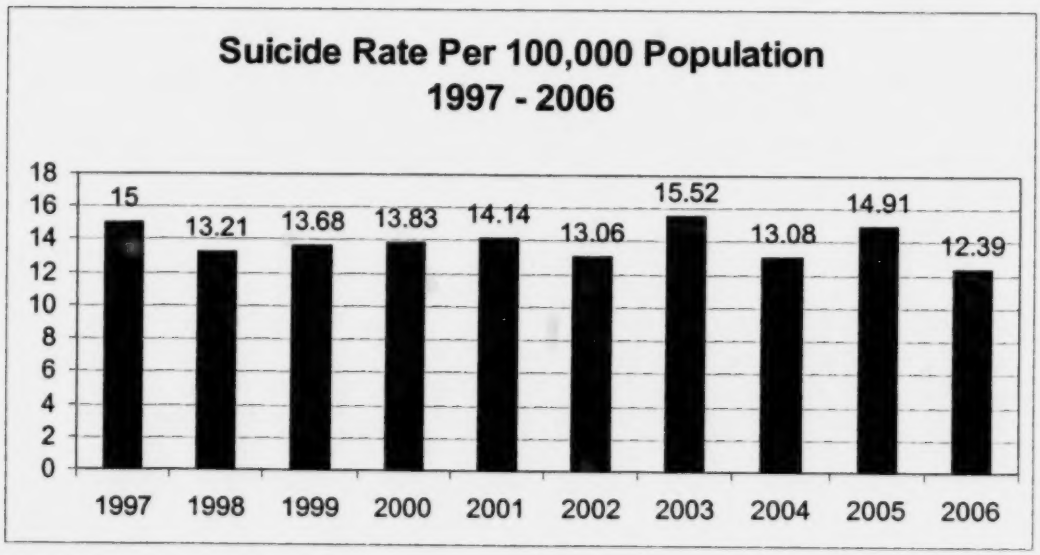
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	0	0	0
February	0	0	0	0
March	0	0	0	0
April	0	0	0	0
May	1	0	0	1
June	0	0	0	0
July	1	0	0	1
August	1	0	0	1
September	0	0	0	0
October	0	2	0	2
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
Total	**3**	**2**	**0**	**5**

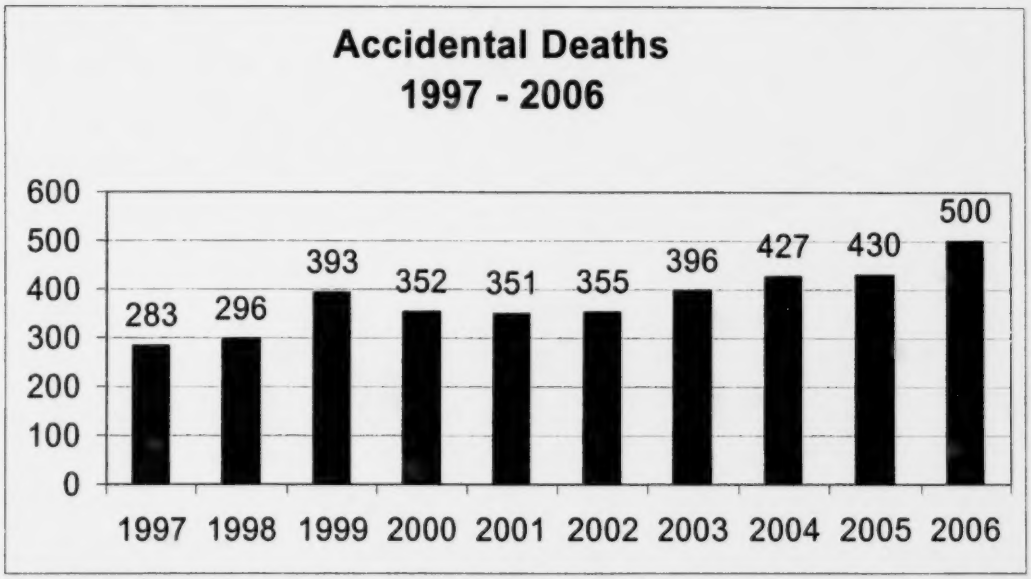
MANITOBA DEATHS
A 10 YEAR REVIEW



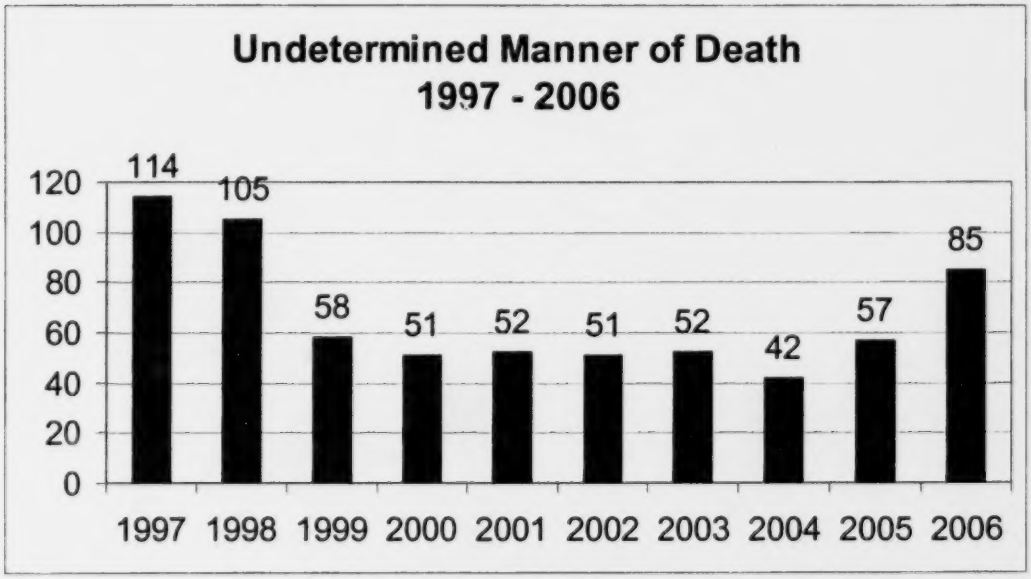



Suicides
1997 - 2006
200
150
100
50
0
172
151
157
159
163
151
180
153
175
146
1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006


Suicide Rate Per 100,000 Population
1997 - 2006
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
15
13.21
13.68
13.83
14.14
13.06
15.52
13.08
14.91
12.39
1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending as of December 31, 2005	8
Inquests called January 1, 2006 – December 31, 2006	1
Inquest reports received January 1, 2006 – December 31, 2006	8
Inquest reports pending as of December 31, 2006	1

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2006 – December 31, 2006)

Police Related	Homicide	2
	Accidental	1
	Total	**3**
Institutional Living Related	Accidental	1
	Undetermined	1
	Suicide	1
	Total	**3**
Child Care Related	Natural	1
	Accidental	1
	Total	2

TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2006 **8**

Inquest Report Recommendations Received - 2006

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html

CASE FILE NO. 1824/03

Cause of Death: Bronchopneumonia

Manner of Death: Natural

Circumstances: On August 15th, 2003, John Erik Demery, aged 2 years was found non responsive in his crib by his father. The Child Abuse Unit of the Winnipeg Police Service conducted an investigation. The deceased had been either a ward of Winnipeg Child and Family Services (CFS), or had been under voluntary placement, from birth until May 2003.

Judicial Recommendations:

1. Manitoba Child and Family Services is to deliver mandatory training to social workers pertaining to the special medical risks and needs of children with Down's syndrome.

2. Society for Manitobans with Disabilities is to deliver appropriate training to its relevantly engaged workers pertaining to the special medical needs of children with Down's syndrome.

3. Any mandated or non-mandated agency is to deliver appropriate training to its relevantly engaged workers pertaining to the special medical needs of children with Down's syndrome.

CASE FILE NO. 1964/04

Cause of Death: Sudden cardiac death due to physical restraint

Manner of Death: Accident

Circumstances: Peter Stevenson, aged 30 years was an involuntary patient at The Pas Health Complex, pursuant to the provision of the Mental Health Act. On September 2, 2004 he was out on a pass. Upon his return to the ward his behaviour resulted in a need to physically restrain him. He died suddenly while being restrained.

Judicial Recommendations:

1. I recommend that there be an awareness campaign and training for all of those who work in psychiatric wards, hospitals, emergency rooms, security and law enforcement and for all those who may transport mentally ill patients, as to the signs, symptoms and potential outcome of excited delirium.

2. Specifically awareness and training for the above persons of the possible risks to the life of an individual who is restrained in the prone position for any length of time especially for an individual who may be at higher risk of dying from excited delirium, i.e. psychiatric patients, especially if on anti psychotic drugs and known users of cocaine or crystal meth.

3. The establishment of a protocol in order that information that is known by one care giving governmental agency can be shared with other such departments or agencies where it is reasonable to believe that the sharing of the information could be in the best interests of the client/patient. In particular in this type of situation that the psychiatric ward, community mental health and the supported living program not only share their information but use their resources in an integrated fashion in order to better serve the needs of the client/patient. I note that Mr. Stevenson also had some involvement in the justice system as well and as such this sharing and integration could extend as well to services such as probation and/or corrections. The hope is that by better serving the individual, the less stressors he may be faced with and therefore it may be less likely that his schizophrenia would reach an acute phase and that he would require hospitalization and find himself in the situation that Mr. Stevenson was in.

4. That to the fullest extent possible when dealing with individuals such as Mr. Stevenson that all possible efforts be made and care taken to avoid that person from entering into this excited delirium state recognizing that once it occurs it can lead to fatal consequences.

5. That recognizing that experience is one of the best tools in learning how to communicate and deal with psychotic or delirious individuals and that junior staff learn from more experienced staff (while acknowledging the difficulties that exist in obtaining medical staff in Northern Manitoba) that as much as possible that less experienced staff in the psychiatric ward be partnered with someone having more extensive experience.

6. Recognizing the role that education of the psychiatric patient by the nurses plays in his long term recovery and management of the patient's disease, that there is a high prevalence of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) in the Norman region and that there are patients who suffer from both FAS and psychiatric illnesses, I recommend that a better understanding of the consequential features of FAS should be provided to nurses, aids and physicians through their curriculum and by the attendance of compulsory training seminars thereafter.

7. I recommend that immediate training be provided to those who will be responsible for providing security at the hospital in the proper tactics to be used in restraining a violent individual.

8. If the use of some form of handcuff was available to the Emergency Medical Staff (EMS) (or those who will be responsible for security) it may be that they could have secured Mr. Stevenson's hands and allowed him up from the prone position much quicker and taken him into the seclusion room until the arrival of police. I recommend that such handcuffs be provided for the security personnel and that they be trained in the proper use of same.

9. I recommend that a properly staffed and well funded supportive housing unit be operated by the department of Family Services and Housing with involvement from community mental health for individuals in Peter Stevenson's situation.

10. Peter Stevenson had been through the local alcohol residential treatment program in The Pas three times. He was not able to benefit fully from these programs in part because of the cognitive deficits he suffered as a result of his FAS. There are a large number of people in the Norman Region who suffer from FAS and have significant substance abuse problems. I would recommend that a modified program be created for these individuals that takes into account the special learning difficulties often encountered by persons with FAS and that it be provided within a residential substance abuse treatment facility.

11. We heard evidence that the hospital made certain changes subsequent to Peter Stevenson's death. In particular there is now oxygen available on the psychiatric ward, a proper stretcher is available on the 4th floor very near the entrance to the psychiatric ward, and that there is regular, daily testing of the suction device. Whether or not having these medical devices available would have done anything to change the outcome in Peter's case once he arrested cannot be answered. (The important thing is to recognize and attempt to medically deal with excited delirium before it reaches that stage). I commend the hospital for making those improvements and recommend that they remain in place.

12. There is so much that is unknown about what role clozapine may have played in Peter Stevenson's death. I recommend that further, scientific study be encouraged in order to determine if possible how clozapine contributed if at all to sudden cardiac death. The psychiatric pharmacist expert stated that be would be doing more and closer heart

monitoring for his patients on clozapine. I believe that this would constitute good practice and I recommend that weekly EKG heart monitoring be carried out for all patients who are on clozapine during the titration phase and for a reasonable period thereafter to determine if clozapine is having a noticeable change to the patient's heart.

13. Peter was being helped by a direct service worker who acknowledged that he did not have a sufficient awareness of Mr. Stevenson's condition and felt overwhelmed by the situation. I recommend that direct service workers receive adequate training in order to be able to appreciate the actual needs of their clients and to be able to assist them accordingly.

CASE FILE NO. 1025/04

Cause of Death: Drowning in a hottub

Manner of Death: Accident

Circumstances: On May 12, 2004, shortly before 9 p.m., Keyanna Marie Snowdon, age 22 months drowned in the hot tub in her foster home. She had been cared for in this foster home since birth. On the evening in question, three other children in the home had been using the hot tub. The door to the hot tub room was not closed. She was later found unconscious in the tub by the foster mother.

Judicial Recommendations:

1. That foster care social workers receive training concerning water safety in general, and the specific dangers presented by bodies of water in the home specifically.

2. That all social workers in the area of child protection and children in care receive water safety training.

3. That all foster parents receive mandatory training in connection with water safety.

4. That annual foster home reviews be conducted on time.

5. That foster homes be subject to unscheduled inspections as a regular, rather than extraordinary, occurrence.

6. That foster care social workers' work hours be subject to sufficient flexibility to accommodate after hours unplanned inspections and accommodate foster parents' work hours.

7. That all foster parents in the home should be present for annual inspections, and sign the foster home report.

8. That the foster home review check sheet include, in the section relating to "safety/health factors", the existence of a hot tub and a confirmation that safety of the environment has been checked.

9. That the Child and Family Services Program Standards manual, in its discussion of the physical structure of the home, include the existence of a hot tub. The importance of the hot tub environment being in a locked room and inaccessible to children without adult supervision should be highlighted. The standards should also include that the hot tub environment be devoid of apparent hazard.

10. That every hot tub in a foster home be secured by a locking hard cover when the hot tub is not in use and that the hard cover be removed from the hot tub for use and replaced only by an adult.

11. That the Province enact regulations with respect to safety standards for residential hot tubs, addressing issues of installation, maintenance, and user safety.

12. That a consultative committee comprised of interested community partners be struck to assist the province in the design and implementation of the recommended regulatory scheme.

CASE FILE NO. 0001/05

Cause of Death: Gunshot wound to chest

Manner of Death: Homicide

Circumstances: Dennis St. Paul was arrested by police for failing to report to his parole officer. As he was about to be placed inside the police vehicle he suddenly bolted and was pursued on foot by a police officer. An altercation occurred, resulting in the officer shooting Mr. St. Paul twice with his service revolver.

Judicial Recommendations:

1. Two officers should be used in the serving of a warrant for apprehension and suspension of statutory release.

2. The officer(s) doing the arrest should review police records and information available to them through Police Information Retrieval System (PIRS) and Canadian Police Information Centre (CPIC) to be aware of the degree of anticipated risk involved in the arrest.

3. Handcuffs should be used on a mandatory basis when police are arresting a violent offender or one for whom a warrant of apprehension has been issued.

4. That the RCMP through its Division "D" executive committee meet with the Province of Manitoba, and thereafter the Government of Canada, to immediately fund an increase in resources to provide the community of Norway House and those other northern communities which have been identified under Band A Resource Division Priority with full police resources to augment the safety of those communities and the RCMP members serving there.

CASE FILE NO. 0045/04

Cause of Death: Hypothermia due to exposure

Manner of Death: Undetermined

Circumstances: On January 3, 2004, the frozen body of Sharon Joyce Horn, aged 57 years, was discovered by a person snowshoeing on a field at the northern edge of the City of Brandon. The Brandon City Police Services investigated and found no signs of foul play. An autopsy was performed and the cause of death was determined to be hypothermia.

Judicial Recommendations:

1. Community Mental Health develop a clinical practice guideline establishing protocols for all clients who are moving into a more independent living arrangement. The protocol should involve the following directives:
    a) That decisions made to change the living arrangements of a client and, in particular, to remove a client from a residential care placement should not be made without consulting with and taking into account the wishes of the client. The only exception would be when a client's personal safety requires the immediate removal of a client from a living arrangement.
    b) That a move from a residential care placement to an alternative living arrangement which involves more independence involves inherent risk. This decision should not be made without consulting the mental health worker assigned to the client and, where applicable, the client's treating psychiatrist.

c) That the client should also, whenever possible, participate in any planning or discussion amongst mental health caregivers regarding potential changes to living arrangements.
d) That prior to any decision being made to increase the level of independence of a client's living arrangement, a full assessment should be conducted to determine the client's functional skills, cognitive abilities and mental health status to determine the level of risk in the proposed move. A standardized assessment process should be developed for this purpose and a component of the assessment should determine what skills may require further enhancement before the proposed change can occur.
e) That whenever possible, the client not be moved into a more independent living arrangement until the skills required for more independent living have been developed sufficiently so that the risk involved with the move can be justified.
f) That unless the client's personal safety or wellbeing is at risk, the client should not be removed from a residential care placement unless there exists an appropriate long care alternative living arrangement which is immediately available.

2. Communication between the various caregivers involved with mental health clients needs to be improved generally but particularly during the time of residential transition. A structured case management process needs to be developed with the following components:
    a) The mental health worker should lead the case management team and ensure that there is regular communication between all caregivers and collateral resources involved with the client.
    b) All caregivers should be made aware of all the risk factor and warning signs specific to the client which might signal deterioration in mental health. All available resources should be utilized to watch out for and manage those risk factors.
    c) Regular meetings of all caregivers should be encouraged to monitor and exchange opinions as to the status of the transition process. If possible, the client should be involved in such meetings.

3. That programming should be developed to enhance the independent living skills of those clients presently in residential care placements. This programming should be made available to those clients who could potentially increase their self-sufficiency within a residential care placement or potentially acquire enough skills to move to a more independent living arrangement. This programming should be made available to all clients who might reasonably benefit from it and those clients should be actively encouraged to participate. Such a program should ideally include the training of existing residential care givers who could provide some of the skill development for the clients.

4. That a variety of housing opinions have to be made available for mental health clients. These options should be sufficiently flexible to adapt to the client's needs and would include options from a completely supervised living arrangement to supported independent living. The options should also include short term living arrangement to

allow clients to move gradually into a more independent environment and would also allow return to a more supervised environment should that need arise.

5. That the residential care system or a similar form of supervised living continue to be made available for mental health clients, when appropriate. Resources should be dedicated to these placements to encourage existing and potential caregivers to participate by providing a reasonable stipend for becoming a residential care provider and to train that individual to be able to assist the client in enhancing independent living skills.

6. That a mentoring system be developed to allow clients considering more independent living or actually making such a move to be matched with another client of the mental health system who can be available to offer advice and assist with the transition.

7. That the Provincial Government should ensure that any financial impediment which would prevent a mental health client who is on social assistance or some other form of public support from accessing nonresidential independent living skills training be immediately removed.

8. That mental health workers and other care giving personnel within the mental health system be specifically trained as to how to respond to clients who are making decisions relating to their living arrangement that may result in safety concerns.

9. That a policy be adopted that, whenever possible, changes to health care personnel (such as a mental health worker or proctors) working with a mental health client be avoided during times of transition into a living arrangement which increases the inherent risk to the client.

10. That resources be dedicated to allow and encourage the families of mental health clients to be educated about the mental illness of their family member. This should be particularly encouraged in circumstances when contact with family is seen to be a cause of stress or possible mental health deterioration for the client. As much as possible the family should be educated and involved in the treatment plan for the client while still maintaining the client's wishes and right to privacy.

11. That resources should be available to educate the general public about mental health to help create a community that is safe and receptive to people suffering from mental illnesses. An informed public might be more prepared to become involved if they see a person apparently suffering from mental health symptoms who is in distress.

Brandon Police Services

The following recommendations are made to enhance the call taking processes in place at Brandon Police Services and their response to calls involving possible mental health patients:

1. That the Brandon Police Services should improve their phone system to ensure, as much as is reasonably possible, that a person who makes a call to Brandon Police Services does not receive a busy signal or is not required to phone back.

2. Front desk attendants should receive at least the same call taking training as dispatchers employed by the Brandon Fire Department who are performing the same duties.

3. That in circumstances where call takers receive information about individuals being out in extreme weather conditions, they should be trained to illicit from the caller any information available as to how long the person has been outside and that this information be passed along to the police officers who will be responding to the call.

4. That police officers be directed that when they are searching for someone in extreme weather conditions, they have the authority, in appropriate circumstances, to utilize the media to alert the public and engage their assistance in locating the individual.

5. That the employees of Brandon Police Services should receive regular training and information on mental health awareness to assist in responding to calls involving citizens with apparent mental health issues.

CASE FILE NO. 0728/04

Cause of Death: Multiple injuries due to fall from height

Manner of Death: Suicide

Circumstances: Ms Anna Maciocha, 27 years old, committed suicide on April 5, 2004 while an involuntary patient on PY2, a ward at the PsycHealth Unit, Health Sciences Centre, in Winnipeg. On the morning of her death at 11:00 a.m. Ms Maciocha left the ward by signing herself out on a two-hour unaccompanied pass. She was found deceased approximately one hour later on the roof of the 5th floor parkade attached to the apartment block where she lived. Scene investigation indicated that she had jumped out through the window of her 20th floor apartment.

Judicial Recommendations:

Communication with the family

1. Information flow to the families of patients must be improved and the ability of the family to voice their concerns to the caregivers must be improved. The family needs to be given more information about how they can participate in the care of their relative and how to communicate their concerns to the caregivers.

2. The Mental Health Program should emphasize the importance of involving the patient's family members in the treatment provided to the patient, recognizing that in some cases this may not be appropriate.

3. Early in the admission process, inquiries should be made by the appropriate health care provider to determine the patient's wishes respecting disclosure of personal health information to family members. Personal health information may be disclosed, if clinically appropriate, in accordance with the patient's consent and privacy legislation.

4. Upon admission, the patient's noted contact or next of kin should be provided with The Family Orientation Pamphlet. The pamphlet should be revised to include a personalized page for each patient that identifies the patient's primary and secondary nurses, the medical student and the resident involved and the attending physician and patient advocate, along with information about the best way to contact these individuals. If the patient has instructed that their family is not to receive information, that information should be documented on this page. The provision of this material should be documented on the patient's chart.

5. If appropriate and if the patient consents in advance, within a short period of time from the patient's admission, the appropriate health care provider will schedule a family meeting.

6. During the family meeting or other interactions with the patient's family, family members should be encouraged to provide information about the patient to the treatment team on an ongoing basis and, in particular, to communicate any perceived changes in behavior or any other concerns.

7. If the patient has consented to the disclosure of personal health information prior to the family meeting, and if clinically appropriate, the treatment team may disclose personal health information and discuss the current treatment plan in accordance with the consent given by the patient.

8. Early in the admission process the treatment team should advise family members that passes may be granted to the patient and provide basic information to the family about passes.

9. The Family Orientation Pamphlet should be revised to include a section dealing with passes which will set out basic information about the purpose of passes and encouraging family members to discuss any concerns respecting passes.

10. The patient's attending physician should inform the family of the patient's death as soon as it is practically possible to do so. At that time, the attending physician should offer to meet with the family within a reasonable period of time to discuss the circumstances leading up to the suicide.

11. The Bereavement Consultant at the Health Sciences Centre should follow up with the family of the patient within a reasonable period of time following the death to determine whether the family has any outstanding issues with respect to the suicide and, in particular, whether the family has met with the patient's attending physician to discuss the circumstances.

12. The legislative limitations that are placed on medical staff need to be better understood by the health care professionals. An educational workshop should be provided to the medical team and staff educating them about the privacy legislation and how it impacts on communication with families.

Granting or revoking passes

1. When the attending physician has been asked to see a patient because of a deterioration in the patient's condition, the patient's passes should be temporarily revoked and the patient should not be allowed to leave the ward until after the examination by the attending physician.

2. After returning from a pass that involves a family member, the unit staff should attempt to obtain information from that family member regarding the pass and the patient's behaviour on the pass and, based on the clinical importance of the information conveyed by the family, such information should be both charted appropriately and relayed to the appropriate physician.

3. If a family member or patient caregiver requests that an involuntary patient's passes be revoked because of a suicide risk or significant safety concern, the patient's passes should be automatically revoked until after a documented consultation with either a resident or attending physician can take place.

The pass book

1. Before an off-unit privilege or pass is granted to a patient for the first time, a member of the treatment team will discuss with the patient his or her responsibility to sign out in the pass book before exercising off-unit privileges and to check in with a nurse before exercising a pass.

2. In addition to the current wording found with the Health Sciences Centre "Welcome to PY2, Adult In-Patient Unit" Brochure, additional information should be added to the brochure stating that it is the patient's responsibility to check in with a nurse prior to exercising passes.

3. Pass book sign out should be mandatory and the staff should enforce it.

4. The unit pass book should be standardized and in a typed format and include the following information:
    (a) the type of pass or off-unit privilege being exercised by the patient;
    (b) the date and time the patient leaves the unit;
    (c) the patient's destination; and
    (d) the date and time of the patient's return to the unit.

5. If the patient is exercising a pass, the patient should sign the pass book to confirm that he or she has checked in with a nurse prior to signing out.

6. There should be a mandatory assessment by a nurse that occurs before a patient leaves the hospital grounds on a pass and for patients returning to the hospital after an unescorted or overnight pass. Although a hospital policy currently exists on this issue, it appears to not be enforced. Most significantly, the patient needs to be assessed to determine if there has been a change in their condition that would require a change in their observation level or passes. Whoever does this assessment should be required to document formally that the assessment has been done, and whether the passes or observation level of the patient require change as a result. In addition, the patient must be assessed not only to ensure that they took their medication but also checked for safety reasons to prevent them from bringing anything dangerous back onto the ward.

7. The policy regarding Absence Without Leave (AWOL) patients needs to be adhered to by staff.

Suicide risk assessment process and training

1. The Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) should immediately introduce mandatory training on suicide risk assessment. It should be a comprehensive standardized course or workshop for nurses working on in-patient psychiatric units (the Main Course). The content of the course should be reviewed by a psychiatrist. It should be mandatory for all nurses who accept employment on an in-patient psychiatric unit to take the Main Course. Further, all nurses who currently work on an in-patient psychiatric unit should be required to take the Main Course.

2. The WRHA should introduce a standardized refresher course on the issue of suicide risk assessment for nurses working on in-patient psychiatric units (the "Refresher Course") which will not be as lengthy or as detailed as the Main Course. The content of the course should be reviewed yearly and updated if necessary by a psychiatrist. It should be mandatory for all nurses who work on an in-patient psychiatric unit to take the Refresher Course every year.

3. When medical students commence a rotation on an in-patient psychiatric unit, they should participate in a mandatory orientation session that will include instructions by a psychiatrist or resident on the issue of suicide risk assessment.

4. Involuntary patients should be reassessed every day by either a medical student or psychiatric resident and reviewed with the patient's attending psychiatrist.

Charting

1. It must be made mandatory that all nurses read the chart and provide their updates as required on each of their patients at the start of their shift. To ensure that this happens, nurses should be required to sign the chart after reading the chart entries from the previous day.

2. Charting must be legible, whether that goal is achieved by the eventual introduction of electronic charting or not. Electronic charting would assist in ensuring the legibility of patient charts. It could also allow for the networking of information to avoid having to record it in multiple places. If illegible entries continue, the supervisory staff needs to take appropriate action as an illegible chart is meaningless and potentially puts patient care at risk. The WRHA should continue its efforts to implement the Hospital Information System.

3. Verbal notification of any safety issue involving a patient takes priority over the charting of the concern, but charting of any safety issue involving patient should be done contemporaneously with events or as soon thereafter as possible.

4. Medical students write a sign over note on the chart to summarize the patient's care and progress when another medical student is to assume conduct of the patient's care. Primary nurses should adopt the same practice.

5. The Health Sciences Centre Program should review its current charting practices and develop charting guidelines or a policy that will provide, among other things, that:
   (a) notes must be legible;
   (b) notes should be recorded as soon as reasonably practicable;
   (c) when it is reasonably practicable to do so, doctors and nurses should review the recent entries on a patient's chart prior to seeing the patient;
   (d) typically, notes should include clinically significant observations and facts; and
   (e) safety concerns should be emphasized and highlighted.

Resources

1. Consideration should be given to the provision of additional staff on Mondays to assist with the backlog of patient discharges, new admissions and other tasks.

2. For the continuity of patient care, attending psychiatrists should not, whenever possible, take back-to-back vacations.

3. The hospital should assess the feasibility of selecting a day other than Monday for the discharging of patients from this ward or consider spreading, discharges out over the course of several days to alleviate the pressure on the workload that arises on Mondays.

Access to physicians and patient requests for treatment

1. The basic principle to be endorsed is that a patient should have access to his or her attending physician within a reasonable period of time. Patient requests for consultation with an attending physician should be documented and the response recorded as to how each request was addressed.

2. The patient should be advised of the reason for a refusal for a consultation with an attending physician.

3. The Health Sciences Centre Program should determine if there should be a standard for all in-patients on the issue of frequency of direct and personal assessment by an attending physician.

4. The Health Sciences Centre Program should review its process for responding to patient requests for consultation with attending physicians and endeavour to set guideline standards for patient care in this area.

5. The Health Sciences Centre Program should review its physician vacation coverage process to ensure that appropriate coverage is provided when colleagues take vacation/leave.

Critical occurrence procedures

1. All staff involved in the care of the patient should be required to make notes of all of their involvement in the time period leading up to the patient's death. These notes should be made as soon as possible after receiving notification of the patient's death. Each staff member should be required to make their notes independently without consultation with other staff members.

2. After any suicide, or any attempts at suicide, by a patient while admitted to a psychiatric unit, efforts should be made to preserve the scene, including all physical and documentary evidence.

3. All communication tools including the patient's chart and the tape pertaining to the patient should be seized immediately and kept in a secure place for the investigators and court review.

4. Managers should not investigate critical occurrences related to their own unit. A manager outside of the unit should assess the event to ensure an objective and critical assessment without preconceived conclusions or bias.

5. After any suicide of a patient while admitted to a psychiatric ward, there should be a detailed review and frank evaluation. The purpose of the review will be to learn, rather than blame. At the very least, the review will include:
   (f) at least two interviewers;
   (g) interviews of all individuals who were involved with the patient's case;
   (h) preparation of notes with respect to the information gathered during the interviews;
   (i) a review of the patient's medical records; and
   (j) preparation of a chronology and report that will set out the possible causes of the suicide and, if appropriate, recommendations to prevent a similar occurrence in the future, and an action plan with timelines. The report should then be used as a learning tool.

6. The report should then result in a "psychological autopsy" where the staff meet and review what happened in a non-threatening or blaming environment. Consideration should be given to the utilization of an outside facilitator for the meeting.

CASE FILE NO. 2836/04

Cause of Death: Closed head injury

Manner of Death: Motor vehicle accident

Circumstances: Mr. Melford Nickoshie, 42 years old, was detained by Winnipeg Police Service under the Intoxicated Persons Detention Act. He cooperated with police and was placed in the back seat of the police car and taken to District 3 police station. He was formally charged, handcuffed and taken to the Winnipeg Remand Centre. He was placed on a bench in a holding room. While officers were doing paper work he slid off the bench and landed on the floor and hit his head on a metal divider. The nurse ordered the officers to take him to the hospital. He was admitted to the emergency department. A CT scan indicated a closed head injury. Surgery was not possible.

Judicial Recommendations:

None.

CASE FILE NO. 0916/96

Cause of Death: Subdural hematoma

Manner of Death: Homicide

Circumstances: Shortly after midnight on July 23, 1995, Winnipeg Police Services and Winnipeg Ambulance Services responded to a call-in report of a fight and an injured man. The victim, Eric Clipping, was discovered at the scene. He was bleeding from lacerations to the head and was transported to Health Sciences Centre (HSC). His wounds were sutured and police transported him to the Main Street Project as he was apparently intoxicated. He was received at 0545 hours and placed in a holding room where he was checked visually every fifteen minutes. At approximately 1300 hours he was seen to be tremoring and was taken to HSC. He underwent emergency surgery but never regained consciousness. He was transferred to a nursing facility in Churchill, MB where he remained in a vegetative state until his death on April 28, 1996.

Judicial Recommendations:

1. That the Main Street Project require that individuals being held at their facility be woken every 2 hours rather than the present policy of 4 hours.

2. That Main Street Project develop and implement a protocol when rousing an intoxicated person to guarantee staff safety.

3. That all patients of Main Street Project receive a handout alerting them to seek medical help immediately if they experience symptoms such as nausea or vomiting.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002**	24	22	46
2003**	25	18	43
2004**	20	22	42
2005**	30	24	54
2006**	21	21	42
Total	**288**	**239**	**527**

* A 'Child in Care' is defined in s.10 (1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

**Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> If the chief medical examiner receives an inquiry report about a deceased child who, at the time of death or within the one year period before the death,
>
> > (a)was in the care of an agency as defined in *The Child and Family Services Act*; or
> > (b) had a parent or guardian who was in receipt of services from an agency under *The Child and Family Services Act*;
>
> The chief medical examiner shall assess the quality or standard of care and service provided by the agency by
>
> > (c) examining the records of the agency respecting the child and the parent or guardian; and
> > (d) reviewing the actions taken by the agency in relation to the child and the parent or guardian.

In accordance with subsection 10(5), the Chief Medical Examiner (CME) may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

Summary of Recommendations to the Minister of Family Services and Housing

In addition to the 14 reports (concerning 14 children) in which the CME made 35 recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 17 children (encompassing 13 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in 13 of the 17 reports with respect to the services provided by the Agencies[1] concerned. As files were not supplied concerning services provided to a further four children, the Chief Medical Examiner could not review services with respect to four of the 17 children.

The following recommendations from 14 reports have been combined into categories.

	No.	Totals
Office of the CME (These recommendations deal with services to the Office of the Chief Medical Examiner.)		
That the Child Protection and Support Branch, an Authority and/or an Agency ensure that information is provided to the OCME as requested.	1	
		1
Agency and Branch Case Management (These recommendations refer to an Agency or Branch's services in general.)		
That reliable access to the Child and Family Services Information System (CFSIS) be provided to all mandated agencies in the Province to ensure consistent and timely service to the children and families of Manitoba. It is also recommended that an Agency send staff from its offices to be trained on the current provincial Intake system and the CFSIS to ensure consistent and timely service to the children and families it serves.	1	
That an Agency use one of its own files as an example of a well maintained child protection file when training new workers.	1	
That an Agency ensure recording is done in a timely fashion and that a file is opened to record contacts including entering abuse referrals on the CFSIS.	1	
That the Branch ensures provincial training acknowledges one child in family may be subjected to abuse while others receive adequate care and that the care of one child is not used as a proxy for a child reported to be abused and/or neglected. It is also recommended that cleanliness and order not be used as a proxy for the absence of maltreatment.	1	
That the Branch ensures program standards under development acknowledge that one child in a family may be the target of abuse in a family which otherwise	1	

[1] Winnipeg Child and Family Services Agency is now known as the Winnipeg Child and Family Services Branch of Winnipeg, Rural and Northern Child and Family Services, Manitoba Family Services and Housing. The province's child welfare offices are also referred to as "agencies".

appears to be functioning adequately.

That the Authority and an Agency ensure full names are obtained for persons associated with families receiving protection services and that criminal risk assessments are obtained when there is a history of child protection concerns. 1

6

Agency, Authority and Branch Staffing Issues

That an Agency and the appropriate Authority create training materials on the dynamics of sexual abuse. 1

1

Agency and Authority or Branch Actions in Abuse and Neglect Cases
(These recommendations refer to specific cases or to practice in general.)

That an Agency thoroughly investigate complaints of abuse and neglect as required by the provincial standards for child and family services agencies. 1

That an Agency determine if an individual alleged to have abused children poses a risk to other children and that reports of child abuse be investigated as required by *The Child and Family Services Act.* 1

That an Agency ensures that children who are the targets of verbal or emotional abuse receive protection as required under s.17 of The Child and Family Services Act. 1

That an Authority ensures program standards concerning investigating allegations of child maltreatment are followed by agencies, specifically that the child or children in question are seen by the investigating workers. 1

4

Agency, Authority or Branch Actions in Specific Cases
(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)

That a referral to one Authority by another concerning the safety of a newborn infant is undertaken and follow-up of the referral occurs. 1

That a referral to one Authority by another concerning the safety of a newborn infant is undertaken and follow-up of the referral occurs. 1

That an Agency assess the functioning of an extended family and the quality of support it can provide to bereaved parents and their surviving child and that the outcome of the assessment be reflected in the service plan. 1

That an Agency and the appropriate Authority review case plans for the surviving siblings of a deceased child. 1

4

Children in Care
(These recommendations are specific to services to children in foster care.)

That the Child Protection Branch ensure that cases involving children placed with individuals seeking guardianship remain open to an Agency until guardianship is granted by the Court. 1

That Program Standards address the issue of private arrangements in placements for children, specifically what an Agency is required to do before sanctioning such private arrangements. The existing Place of Safety Standard would offer protection to children in these situations. 1

That an Agency functioning as a child's guardian ensure it obtains legal guardianship through the courts or, if reluctant to do so for any reason, that it locates the child's legal guardian to make decisions on the child's behalf. 1

That there be consideration given to relieving child and family services agencies of the responsibility for monitoring the placement of children in a medical facility when there are no other reasons for child welfare services or that an alternative method of service be found if this cannot be done. 1

That an Agency, in conjunction with the appropriate Authority, advise another Authority of events which occurred in a home where a ward of the second authority is placed. 1

That an Agency ensure that its policy concerning the posting of wards' pictures on the internet is adhered to by foster families. 1

That the review of a foster home is undertaken and the outcome shared with another agency. 1

That the Branch, with the approval of the Minister, share the findings of the CME's report with a non mandated agency. 1

That an Authority ensure foster parents follow provincial standards concerning the storage of all medications. 1

That an Agency ensure all foster homes are licensed as required in the provincial program standards. 1

That the Branch develop a program standard concerning the use of private placements in cases where there are protection concerns. It is further recommended caregivers be clearly instructed that the children in question cannot be placed elsewhere until the appropriate Agency has been advised and has assessed the situation in which the child would be living. 1

That the Branch and the Authorities draft a provincial standard and procedures for working with foster families after the death of a child in care.	1	
That two agencies hold a systems meeting with the foster family of a deceased child.	1	
		13
Provincial and Authority Actions		
That the Child Protection Branch and an Authority advise a First Nation of concerns relating to a licensed foster home.	1	
		1
Inter-Agency/Branch Actions		
That the Branch develop a provincial standard directing that referrals on cases transferred under the AJI-CWI be directed to the agency currently involved with that family or child.	1	
		1
Agency/Branch Contacts and Actions Regarding Collateral Services (These recommendations refer to interactions with other service providers.)		
That the Agency meet with the management of a contract services agency to address issues concerning one of their staff.	1	
That the Agency meet with the management of a contract services agency to address issues concerning one of their staff.	1	
		2
Province-Wide Actions Concerning Services (These recommendations suggest province-wide changes to the child welfare system.)		
That family files remain open when Permanent Wards of the Province have ongoing contact with their families as a condition of the court order.	1	
That a standard be developed requiring young people aged 16 years or old to be consulted privately during the course of closing a family file.	1	
		2
Total		35

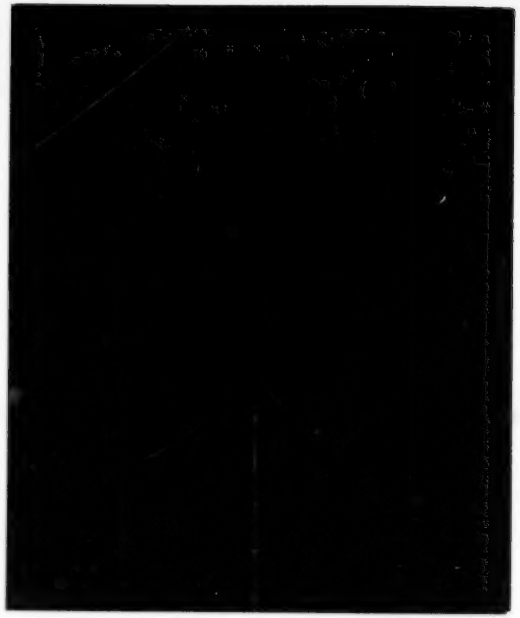
For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088
Fax: 204-945-2442

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website.
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest reports.html

Justice Manitoba
Manitoba Justice



Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2006

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	3
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2006	6
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	8
Homicides	8
Suicides	9
Décès accidentels	11
Morts dont la nature est inconnue	12
Morts naturelles	13
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	14
Résumé des morts d'enfants	14
Syndrome de mort subite du nourrisson	15
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	16
Enquêtes	19
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2006	20
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	38
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille et du Logement en 2006	40

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster en 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law,* le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête du coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou des homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales.* Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales.*

La Loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil,* le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les Offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,18 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 14 employés permanents : un directeur, six enquêteurs auprès du médecin légiste, deux enquêteurs spéciaux chargés d'examiner les SEF, un statisticien et quatre employés de soutien. On a recours aux services de 22 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement. Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson,

les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface, à Winnipeg. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2006, 5 846 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 60 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales,* mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont

fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS 2006

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	**1 560**
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	**4 286**
Total	**5 846**

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1992 À 2006

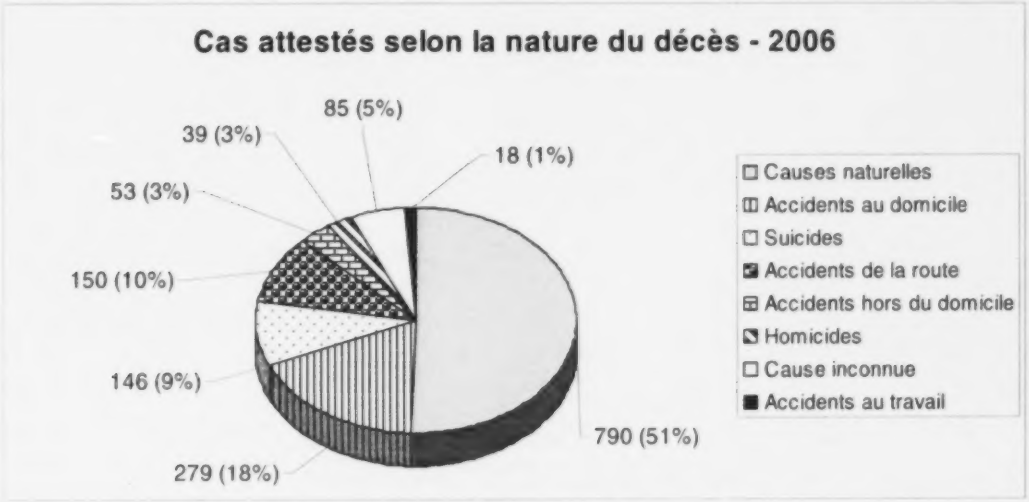
ANNÉE	TOTAL
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567
2000	5 590
2001	5 804
2002	5 935
2003	5 963
2004	5 977
2005	5 925
2006	5 846

Nota – Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluent pas certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	RÉGION URBAINE	RÉGION RURALE	TOTAL
Cause naturelle	3 589	1 487	5 076
Accidents au domicile	219	60	279
Accidents de la route	56	94	150
Accidents hors du domicile	25	28	53
Accidents au travail	15	3	18
Suicides	73	73	146
Homicides	25	14	39
Cause inconnue	57	28	85
TOTAL	**4 059**	**1 787**	**5 846**

Nota – Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».



Nota : Les cas attestés ont fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste.

CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	23	2	25
Région rurale	11	3	14
Total	**34**	**5**	**39**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

	Âge							
Méthode	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60 et +**	**Total**
Arme à feu	0	3	4	0	2	0	1	10
Arme contondante, violence	1	1	2	5	2	0	3	14
Arme tranchante, coupure	0	3	3	2	2	1	1	12
Enfant battu / syndrome du nourrisson secoué	1	0	0	0	0	0	0	1
Autre	1	0	0	0	0	0	1	2
Total	**3**	**7**	**9**	**7**	**6**	**1**	**6**	**39**

SUICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	54	19	73
Région rurale	55	18	73
Total	**109**	**37**	**146**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	Âge									
Sexe	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Homme	0	10	25	18	29	14	8	2	3	109
Femme	0	11	6	4	5	4	4	2	1	37
Total	**0**	**21**	**31**	**22**	**34**	**18**	**12**	**4**	**4**	**146**
Taux par 100 000 hab.	**0,00**	**12,35**	**19,85**	**14,33**	**18,60**	**11,62**	**12,54**	**5,81**	**8,03**	**12,39**

Nota – Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2006 (Rapport sur la population du Manitoba; 1er juin 2006).

MÉTHODE DE SUICIDE

Méthode	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage du total
Pendaison/ strangulation	59	21	80	54,8 %
Armes à feu	26	0	26	17,8 %
Surdose de drogue	9	10	19	13,0 %
Oxyde de carbone	4	1	5	3,4 %
Noyade	2	2	4	2,7 %
Saut dans le vide	2	0	2	1,4 %
Autre	7	3	10	6,8 %
Total	**109**	**37**	**146**	**100,0 %**

Nota : Les chiffres étant arrondis, il est possible que le total ne soit pas égal à 100 %.

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	8	2	10
Février	9	3	12
Mars	8	5	13
Avril	5	7	12
Mai	7	4	11
Juin	7	11	18
Juillet	1	9	10
Août	6	10	16
Septembre	6	6	12
Octobre	3	7	10
Novembre	4	4	8
Décembre	9	5	14
Total	73	73	146

DÉCÈS ACCIDENTELS

Accidents non routiers

Lieu de travail	**Région urbaine**	**Région rurale**	**Total des décès**
Total	**15**	**3**	**18**
Au domicile			
Chute	156	29	185
Surdose (drogue ou alcool)	47	21	68
Inhalation de fumée	2	8	10
Noyade	4	0	4
Asphyxie	2	1	3
Crise de restaurantose	3	0	3
Autoérotisme	1	1	2
Brûlure/ébouillantage	1	0	1
Autre	3	0	3
Total	**219**	**60**	**279**
Ailleurs			
Noyade	1	12	13
Chutes	10	1	11
Exposition	3	6	9
Empoisonnement au CO	2	0	2
Reliés aux animaux (non automobiles)	0	3	3
Chutes d'objets	1	0	1
Autre	8	6	14
Total	**25**	**28**	**53**
Total, accidents non routiers	**259**	**91**	**350**

Accidents de la route	Région urbaine	Région rurale	Total des décès
Un seul véhicule	18	42	60
Deux véhicules	17	30	47
Véhicule et piéton	10	8	18
Motoneige	2	5	7
Véhicule tout terrain	2	2	4
Plusieurs véhicules	2	2	4
Véhicule et cycliste	1	1	2
Mini vélo, moto hors toute	0	2	2
Véhicule et train	0	2	2
Motocyclette	1	0	1
Véhicule et motocyclette	1	0	1
Autre	2	0	2
Total, accidents de la route	**56**	**94**	**150**
Total, accidents non routiers	**259**	**91**	**350**
Total, morts accidentelles	**315**	**185**	**500**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Surdose (drogue ou alcool)	14	11	25
Aucune cause physique connue	13	10	23
Syndrome de mort subite du nourrisson	3	2	5
Blessures à la tête	4	0	4
Noyades	3	0	3
Mort subite du nourrisson inexpliquée	2	0	2
Blessures multiples	2	0	2
Chutes	0	2	2
Inhalation de fumée	1	1	2
Hypothermie	1	1	2
Autre	8	7	15
Total	**51**	**34**	**85**

MORTS NATURELLES

Décès attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Maladie du cœur	335	158	493
Maladie pulmonaire	51	31	82
Hémorragie	46	27	73
Postopératoire	7	2	9
Cancer	12	7	19
Peropératoire	1	0	1
Péritonite	3	0	3
Cirrhose	2	1	3
Cause non déterminée	4	4	8
Naissance prématurée	1	2	3
Épilepsie	1	2	3
Méningite	0	1	1
Autre	52	40	92
Total	**515**	**275**	**790**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	2	4	6
De 1 à 9 ans	0	1	1
De 10 à 19 ans	5	2	7
De 20 à 29 ans	6	1	7
De 30 à 39 ans	19	11	30
De 40 à 49 ans	58	15	73
De 50 à 59 ans	117	39	156
De 60 à 69 ans	111	40	151
De 70 à 79 ans	109	67	176
De 80 à 89 ans	73	69	142
De 90 à 99 ans	15	26	41
Total	**515**	**275**	**790**

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

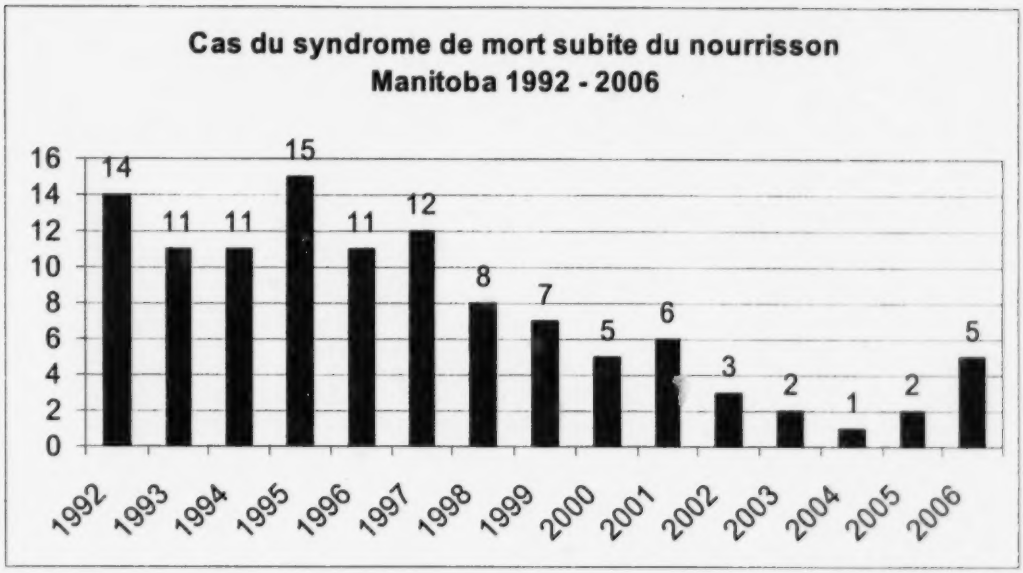
Nature du décès	Hommes	Femmes	Total
Causes naturelles*	877	1613	2490
Causes naturelles**	49	83	132
Accidents au foyer	29	52	81
Accidents hors du foyer	1	1	2
Accidents du travail (exposition à l'amiante)	2	0	2
Accidents de la route	0	1	1
Cause inconnue	1	1	2
Total	**959**	**1751**	**2710**

* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.
** attestés par un médecin légiste.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

Nature du décès	Garçons	Filles	Total
Causes naturelles*	57	36	93
Causes naturelles**	7	5	12
Suicides	5	9	14
Accidents de la route	10	5	15
Homicides	2	2	4
Accidents hors du domicile	3	0	3
Cause inconnue	8	7	15
Accidents au domicile	4	4	8
Total	**96**	**68**	**164**

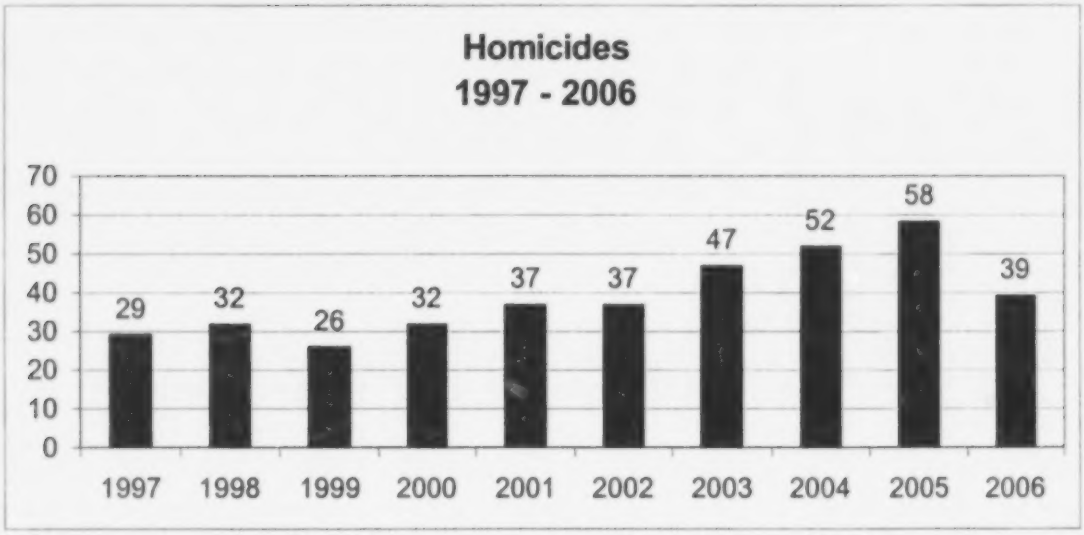
Nota : 5 cas de mort subite du nourrisson sont inclus dans la catégorie causes inconnues.
* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.
** attestés par un médecin légiste.

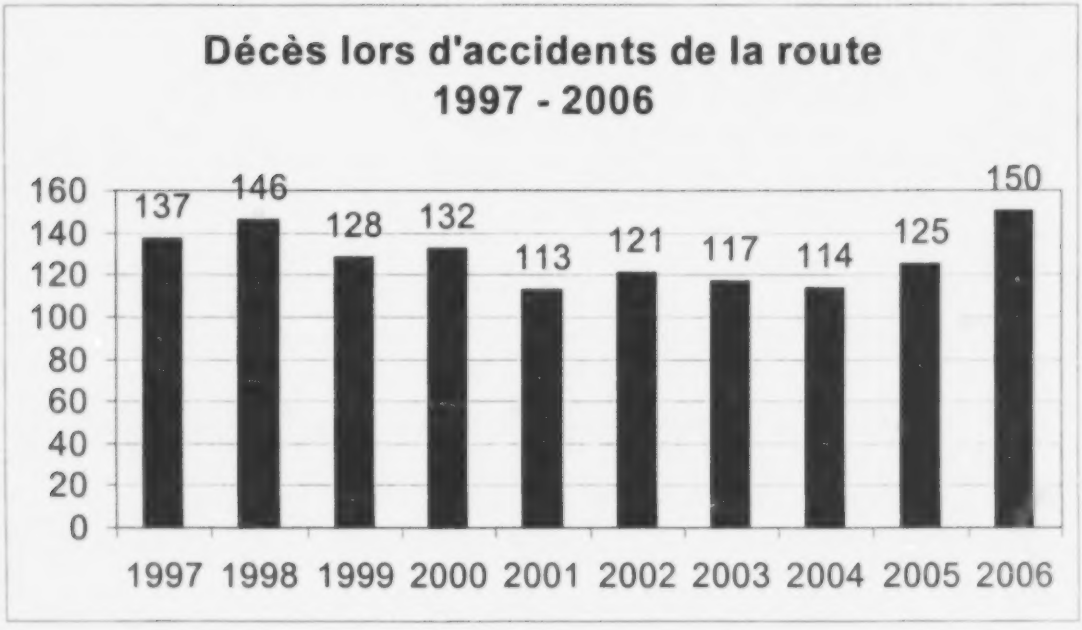


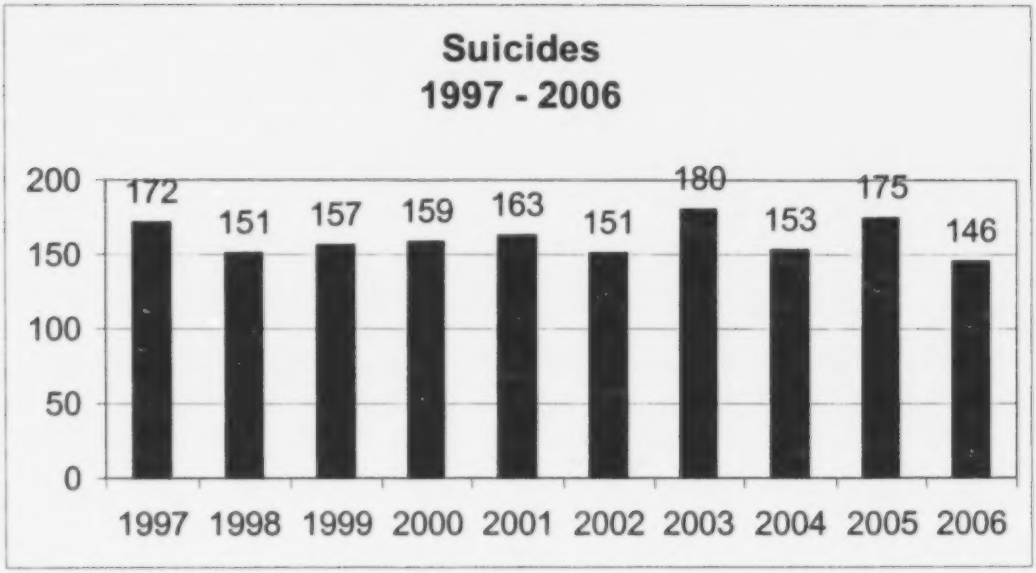
SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON AU MANITOBA EN 2006

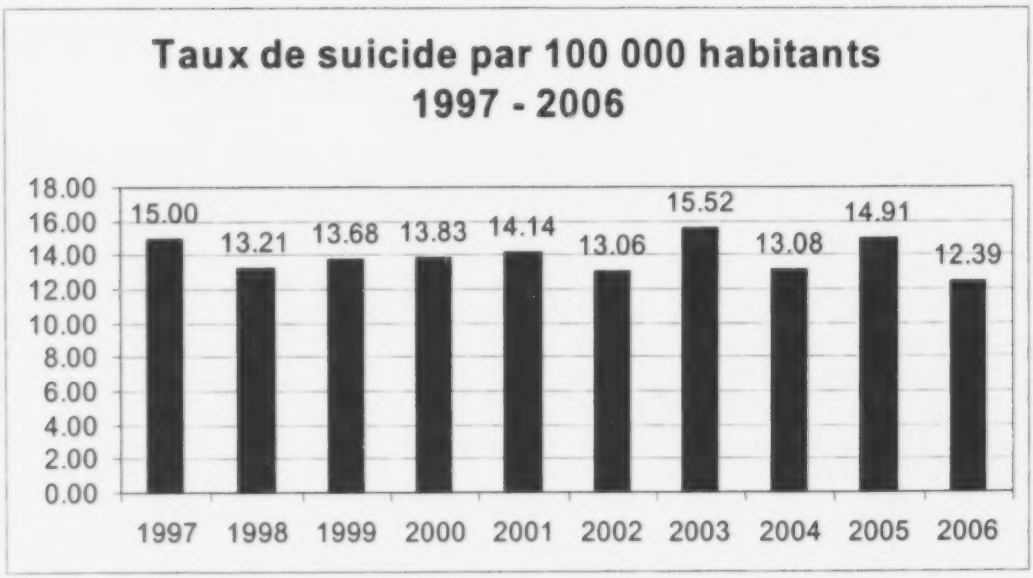
Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	0	0	0	0
Février	0	0	0	0
Mars	0	0	0	0
Avril	0	0	0	0
Mai	1	0	0	1
Juin	0	0	0	0
Juillet	1	0	0	1
Août	1	0	0	1
Septembre	0	0	0	0
Octobre	0	2	0	2
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
Total	**3**	**2**	**0**	**5**

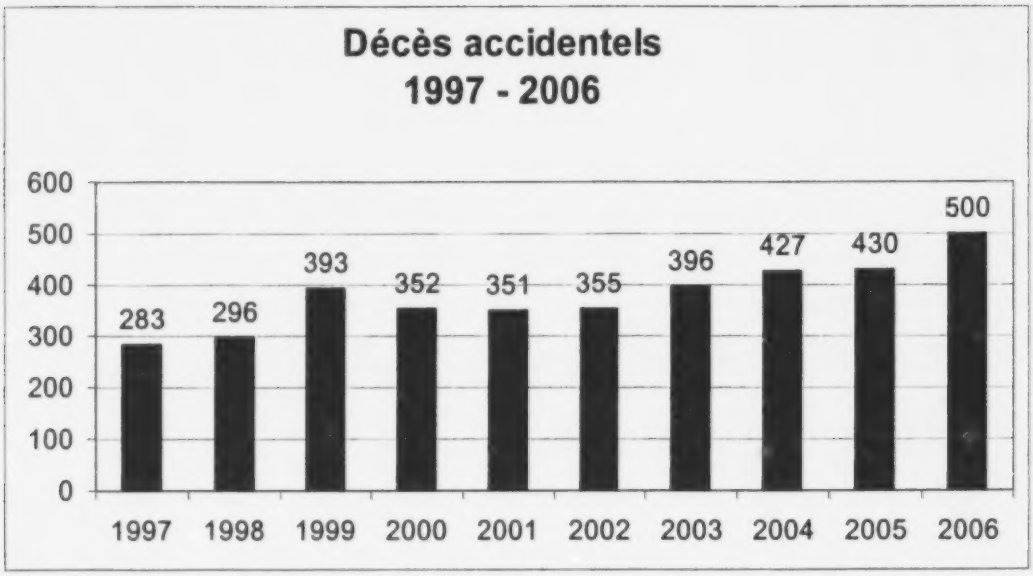
NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
EXAMEN DE LA DÉCENNIE






Suicides
1997 - 2006
200
150
100
50
0
172
151
157
159
163
151
180
153
175
146
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006


Taux de suicide par 100 000 habitants
1997 - 2006
18.00
16.00
14.00
12.00
10.00
8.00
6.00
4.00
2.00
0.00
15.00
13.21
13.68
13.83
14.14
13.06
15.52
13.08
14.91
12.39
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006



Nota – À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite d'une chute, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.

ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2005	8
Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1er janvier au 31 décembre 2006	1
Rapports d'enquête soumis du 1er janvier au 31 décembre 2006	8
Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2006	1

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier au 31 décembre 2006)

Policière	Homicide	2
	Accident	1
	Total	**3**
Vie en établissement	Accident	1
	Cause inconnue	1
	Suicide	1
	Total	**3**
Garde d'enfants	Naturel	1
	Accident	1
	Total	**2**

TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2006 **8**

Résumé des recommandations des rapports d'enquête présentés - 2006

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du Gouvernement du Manitoba **www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html**

DOSSIER DE CAS N° 1824/03

Cause du décès : Bronchopneumonie

Nature du décès : Naturel

Circonstances : Le 15 août 2003, John Erik Demery, âgé de 2 ans, a été trouvé sans vie dans son berceau par son père. L'unité de protection de l'enfance du Service de police de Winnipeg a mené une enquête. L'enfant avait été soit sous la tutelle des Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (SEF), ou en placement volontaire, de sa naissance jusqu'au mois de mai 2003.

Recommandations judiciaires :

1. Que les Services à l'enfant et à la famille du Manitoba donnent une formation obligatoire à leurs travailleurs sociaux, sur les besoins et les risques médicaux spéciaux des enfants atteints du syndrome de Down.

2. Que la Society for Manitobans with Disabilities donne une formation appropriée à ses employés pertinents, sur les besoins et les risques médicaux spéciaux des enfants atteints du syndrome de Down.

3. Que tout organisme mandaté ou non mandaté donne une formation appropriée à ses employés pertinents, sur les besoins et les risques médicaux spéciaux des enfants atteints du syndrome de Down.

DOSSIER DE CAS N° 1964/04

Cause du décès : Décès cardiaque soudain causé par la contention physique

Nature du décès : Accident

Circonstances : Peter Stevenson, âgé de 30 ans, était un patient involontaire au The Pas Health Complex, en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Le 2 septembre 2004 il avait reçu la permission de sortir. À son retour à l'unité de soins, son comportement justifiait le besoin de contention physique. Il est mort soudainement alors qu'il était immobilisé.

Recommandations judiciaires :

1. Qu'une campagne de sensibilisation et de formation soit menée auprès de tous ceux qui travaillent pour des unités psychiatriques, des hôpitaux, des salles d'urgence, des postes de sécurité, des services de maintien de l'ordre et des services de transport de malades psychiatriques, pour apprendre à reconnaître les signes, les symptômes et les aboutissements éventuels du délire avec agitation.

2. Qu'une campagne de sensibilisation et de formation spéciale soit menée auprès des personnes ci-dessus concernant les risques possibles pour la vie d'une personne immobilisée en position couchée pendant un certain temps, en particulier le fait que la personne peut présenter un risque plus élevé de décès en présence de délire avec agitation, notamment les patients psychiatriques, surtout ceux qui prennent des antipsychotiques ou qui sont des utilisateurs connus de cocaïne ou de méthamphétamine.

3. Qu'un protocole soit établi afin que les renseignements que détient un office de soins gouvernemental soient partagés avec les autres ministères ou offices lorsqu'on a raisonnablement lieu de croire que le partage d'information servirait les intérêts du client/patient. En particulier, dans ce type de situation, qu'en plus de partager leurs renseignements, l'unité de soins psychiatrique, les services communautaires de santé mentale et le programme d'appui à la vie autonome utilisent leurs ressources d'une manière intégrée, afin de mieux servir les besoins du client/patient. Compte tenu du fait que M. Stevenson avait également eu des démêlés avec la justice, ce partage et cette intégration pourraient s'appliquer aussi par exemple aux services correctionnels ou de probation. On espère qu'en répondant mieux aux besoins de la personne, celle-ci sera confrontée à moins de facteurs de stress et que, par conséquent, sa schizophrénie risque moins d'atteindre une phase aiguë nécessitant une hospitalisation, la personne étant donc moins susceptible de se trouver dans une situation comme celle de M. Stevenson.

4. Que dans la mesure du possible, dans les rapports avec des personnes telles que M. Stevenson, tous les efforts soient déployés et tous les soins soient pris pour éviter que la personne n'atteigne un état de délire avec agitation, car un tel état peut avoir des conséquences fatales.

5. Sachant que l'expérience est un des meilleurs outils d'apprentissage de la façon de communiquer et d'interagir avec des personnes psychotiques ou délirantes, et sachant

que le personnel de premier échelon apprend avec le personnel expérimenté (tout en reconnaissant les difficultés d'obtention de personnel médical dans le Nord du Manitoba), que dans la mesure du possible, les employés de l'unité psychiatrique ayant moins d'expérience soient jumelés avec une personne possédant une plus grande expérience.

6. Compte tenu du rôle que joue l'éducation du patient psychiatrique par le personnel infirmier dans la guérison et la prise en charge à long terme, et compte tenu de la prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) dans la région du Nord du Manitoba et du fait que certains patients présentent à la fois un SAF et une maladie psychiatrique, qu'un meilleur portrait des caractéristiques conséquentielles du SAF soit donné au personnel infirmier, aux auxiliaires et aux médecins, dans le cadre de leur formation et de leur participation obligatoire à des ateliers de formation subséquents.

7. Qu'une formation immédiate quant aux tactiques adéquates à employer pour immobiliser une personne violente soit fournie à ceux qui seront responsables d'assurer la sécurité à l'hôpital.

8. Si des menottes quelconques avaient été à la disposition du personnel médical d'urgence (ou du personnel responsable de la sécurité), les mains de M. Stevenson auraient pu être maîtrisées, il aurait pu être assis plus rapidement et conduit dans une chambre d'isolement jusqu'à l'arrivée de la police. Par conséquent, que de telles menottes soient fournies au personnel de sécurité et que ce dernier reçoive une formation sur l'utilisation appropriée de ces menottes.

9. Qu'une unité de logement supervisé bien nantie en personnel et bien financée soit gérée par Services à la famille et Logement, avec la coopération des services communautaires de santé mentale, pour les personnes qui sont dans la même situation que M. Stevenson.

10. Peter Stevenson avait à trois reprises suivi le programme local de traitement de l'alcoolisme en établissement à The Pas. Il n'a pas profité pleinement de ces programmes, en partie à cause du déficit cognitif dont il est atteint en raison du SAF. Un grand nombre de personnes dans la région du Nord du Manitoba souffrent de SAF et ont des problèmes graves de toxicomanie. Par conséquent, qu'un programme modifié soit créé pour ces personnes, prenant en considération les difficultés d'apprentissage particulières qu'ont souvent les personnes atteintes de SAF, et que ce programme soit offert en établissement de traitement des toxicomanies.

11. L'hôpital a apporté certains changements après la mort de Peter Stevenson. De l'oxygène est maintenant notamment disponible à l'unité psychiatrique, une civière appropriée se trouve au 4^{e} étage tout près de l'entrée de l'unité psychiatrique, et les appareils de succion font l'objet de tests quotidiennement. On ignore si la disponibilité de tels outils médicaux aurait changé quoi que ce soit au sort de Peter après son arrestation. (Il importe de reconnaître et de prendre médicalement en charge

le délire avec agitation avant qu'il n'atteigne ce stade). L'hôpital doit être félicité d'avoir apporté ces modifications et je recommande de les maintenir en place.

12. On ignore encore largement quel rôle la clozapine peut avoir joué dans le décès de Peter Stevenson. Par conséquent, que des études scientifiques plus poussées soient encouragées, afin de déterminer comment la clozapine pourrait, le cas échéant, avoir contribué à l'arrêt cardiaque subit. Le spécialiste en pharmacie psychiatrique a déclaré qu'il surveillerait davantage et plus attentivement la condition cardiaque de ses patients sous clozapine. Je crois que cette pratique serait bénéfique et je recommande que tous les patients sous clozapine fassent l'objet d'une surveillance hebdomadaire par ÉCG pendant la phase d'ajustement de la dose et pendant une période raisonnable par la suite, pour déterminer si la clozapine entraîne des modifications cardiaques manifestes chez le patient.

13. Peter recevait l'aide d'un travailleur de première ligne qui a reconnu ne pas être suffisamment au courant de la condition de M. Stevenson, et s'est dit dépassé par la situation. Je recommande que les travailleurs de première ligne reçoivent une formation appropriée, pour être en mesure de reconnaître les besoins de leurs clients et pour pouvoir mieux les aider.

DOSSIER DE CAS N° 1025/04

Cause du décès : Noyade dans une cuve thermale

Nature du décès : Accident

Circonstances : Le 12 mai 2004, peu après 21 heures, Keyanna Marie Snowdon, âgée de 22 mois, s'est noyée dans la cuve thermale de son foyer nourricier. Elle était sous les soins de cette famille nourricière depuis sa naissance. Le soir en question, trois autres enfants du foyer s'étaient servis de la cuve thermale. La porte de la pièce où se trouvait la cuve thermale n'a pas été fermée. La mère nourricière a plus tard trouvé l'enfant inconsciente dans la cuve.

Recommandations judiciaires :

1. Que les travailleurs sociaux de foyers nourriciers reçoivent une formation concernant la sécurité aquatique en général, et plus particulièrement les dangers que présentent les contenants d'eau à domicile.

2. Que tous les travailleurs sociaux du domaine de la protection de l'enfance et du soin des enfants reçoivent une formation concernant la sécurité et l'eau.

3. Que tous les parents nourriciers reçoivent une formation obligatoire concernant la sécurité et l'eau.

4. Que les examens annuels de foyers nourriciers soient effectués en temps opportun.

5. Que les foyers nourriciers fassent l'objet d'inspections spontanées non prévues de manière régulière et non pas exceptionnellement.

6. Que les heures de travail des travailleurs sociaux de foyers nourriciers soient assez souples pour permettre des inspections non prévues après les heures habituelles et pour convenir aux heures de travail des parents nourriciers.

7. Que tous les parents nourriciers du foyer soient présents durant les inspections annuelles et qu'ils signent le rapport de foyer nourricier.

8. Quel la feuille de vérification de l'examen du foyer nourricier comprenne, dans la section sur les « facteurs de sécurité et de santé », la mention d'une cuve thermale et la confirmation que la sécurité de cet environnement a été vérifiée.

9. Que le manuel des normes de programmes des Services à l'enfant et à la famille, dans la partie sur le milieu physique du foyer, comprenne la présence d'une cuve thermale. Il faut que soit soulignée l'importance du fait que la cuve thermale doit être dans une pièce verrouillée, inaccessible aux enfants sans supervision. Les normes doivent aussi préciser qu'aucun danger apparent ne doit se trouver dans l'environnement.

10. Que toute cuve thermale se trouvant dans un foyer nourricier soit munie d'un couvercle rigide verrouillable que seul un adulte peut retirer pour se servir de la cuve et replacer ensuite.

11. Quel la province adopte des règlements concernant les normes de sécurité pour les cuves thermales dans les domiciles, et que ces normes touchent l'installation, l'entretien et l'utilisation en toute sécurité.

12. Qu'un comité consultatif composé de partenaires intéressés de la communauté soit mis sur pied pour aider la province à concevoir et adopter les règlements recommandés.

DOSSIER DE CAS N° 0001/05

Cause du décès : Blessure par balle à la poitrine

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Dennis St. Paul a été arrêté par la police pour avoir failli à l'obligation de se rapporter à son surveillant de liberté conditionnelle. Comme on allait l'asseoir dans le véhicule de police, il s'est soudainement enfui et a été poursuivi à pied par un officier de police. Une altercation a eu lieu et l'officier a tiré sur M. St. Paul à deux reprises avec son revolver de service.

Recommandations judiciaires :

1. Deux officiers devraient être présents pour signifier un mandat d'arrestation et de suspension de mise en liberté d'office.

2. Les officiers procédant à l'arrestation devraient revoir les dossiers de la police ainsi que les renseignements à leur disposition par le Système intégré de récupération de renseignements judiciaires (SIRRJ) et le Centre d'information de la police canadienne (CIPC), pour connaître le degré de risque à prévoir pendant l'arrestation.

3. L'utilisation de menottes doit être obligatoire quand la police arrête un délinquant violent ou pour lequel un mandat d'arrestation a été délivré.

4. Que la GRC, par le comité exécutif de sa Division D, rencontre la province du Manitoba, et par la suite le gouvernement du Canada, dans le but d'accorder immédiatement une augmentation des ressources en vue de fournir à la communauté de Norway House et aux autres communautés du Nord où l'on a identifié des besoins de ressources prioritaires pour la Bande A, des ressources policières exhaustives visant à accroître la sécurité de ces communautés et des membres de la GRC qui y travaillent.

DOSSIER DE CAS N° 0045/04

Cause du décès : Hypothermie causée par une exposition

Nature du décès : Indéterminée

Circonstances : Le 3 janvier 2004, le corps gelé de Sharon Joyce Horn, âgée de 57 ans, a été découvert par une personne qui faisait de la raquette dans un champ à la limite nord de la ville de Brandon. Le Service de police de Brandon a mené une enquête qui n'a révélé aucun signe d'acte suspect. Une autopsie a permis de déterminer que la cause décès était l'hypothermie.

Recommandations judiciaires :

1. Que les services de santé mentale communautaires adoptent des lignes directrices établissant des protocoles pour tous les clients qui passent à des conditions de logement plus autonomes. Le protocole devrait inclure les directives suivantes :
    a) Que les décisions de changer les conditions de logement d'un client, en particulier de retirer un client d'un placement de soins en établissement, ne soient pas prises sans consulter le client et prendre ses désirs en considération. La seule exception à cette règle concernerait un client dont la sécurité personnelle exige le retrait immédiat d'un milieu de logement donné.
    b) Parce que le passage d'un placement de soins en établissement à des conditions de logement différentes exige plus d'indépendance et entraîne des risques inhérents, que cette décision ne doit pas être prise sans consulter le travailleur de santé mentale responsable du client et, le cas échéant, le psychiatre traitant du client.
    c) Que le client, dans la mesure du possible, participe aussi à toute planification ou discussion des fournisseurs de soins de santé mentale, concernant les changements éventuels de ses conditions de logement.
    d) Qu'avant qu'une décision ne soit prise en vue d'accroître le niveau d'indépendance des conditions de logement d'un client, une évaluation exhaustive soit effectuée afin de déterminer les capacités fonctionnelles, cognitives et mentales, et pour établir le niveau de risque du changement proposé. Un processus standardisé d'évaluation doit être mis au point à cette fin, et comprendre une composante servant à déterminer quelles habiletés doivent être approfondies davantage, avant de procéder au changement proposé.
    e) Que lorsque cela est possible, un client ne soit pas déménagé dans des conditions de logement plus autonomes avant que les habiletés requises pour vivre de manière plus indépendante ne soient suffisamment acquises pour justifier le risque qu'entraîne le changement.
    f) Qu'à moins que la sécurité personnelle ou le bien-être du client ne soit à risque, le client ne soit pas retiré d'un milieu de soins en établissement, sauf si une alternative de soins à long terme appropriée est immédiatement disponible.

2. Que la communication entre les différents pourvoyeurs de soins participant aux soins des clients des services de santé mentale soit améliorée de manière générale, et particulièrement pendant les périodes de transition entre établissements. Un processus structuré de gestion des cas doit être mis au point et comprendre les composantes suivantes :
    a) Le travailleur de la santé mentale doit diriger l'équipe de gestion de cas et veiller à la communication régulière entre tous les pourvoyeurs de soins et les ressources collatérales impliquées dans les soins du client.
    b) Tous les pourvoyeurs de soins doivent être au courant du facteur de risque et des signes avant-coureurs d'un client, qui pourraient indiquer une détérioration de l'état de santé mentale. Toutes les ressources disponibles doivent être utilisées pour surveiller et gérer ces facteurs de risque.

c) Des rencontres régulières entre tous les pourvoyeurs de soins doivent être encouragées pour surveiller le processus de transition et échanger différents points de vue. Dans la mesure du possible, le client devrait participer à ces réunions.

3. Que des programmes soient mis au point pour améliorer la capacité d'autonomie des clients soignés en établissement. Ces programmes doivent être mis à la disposition des clients qui pourraient éventuellement accroître leur autonomie durant leur placement en établissement ou qui pourraient acquérir les aptitudes nécessaires pour passer à des conditions de vie plus indépendantes. Ces programmes doivent être mis à la disposition de tous les clients qui pourraient raisonnablement en profiter, et ces derniers devraient être activement encouragés à y participer. Idéalement, les programmes devraient comprendre la formation des fournisseurs de soins actuels de l'établissement, qui pourraient participer au développement des aptitudes de leurs clients.

4. Que diverses options de logement soient à la disposition des clients des services de santé mentale. Ces options doivent être suffisamment flexibles pour être adaptées aux besoins des clients et doivent couvrir une gamme de solutions allant de conditions de logement entièrement supervisées à des logements avec services d'aide à l'autonomie. Elles doivent aussi inclure des options de logement à court terme pour faciliter la transition à un environnement plus indépendant et le retour à un milieu plus supervisé au besoin.

5. Que le système de soins en résidence ou une autre forme semblable de logement supervisé continue d'être offert aux clients des services de santé mentale, lorsque cela est indiqué. Des ressources doivent être allouées à ces formes de placement pour encourager la participation des fournisseurs de soins actuels et futurs en leur offrant une allocation raisonnable de fournisseur de soins en résidence, et pour former ces personnes afin qu'elles soient en mesure d'aider leurs clients à accroître leur autonomie.

6. Q'un système de mentorat soit mis au point pour permettre aux clients qui songent à passer à des conditions de vie plus indépendantes ou qui font cette transition, d'être jumelés à un autre client du système de santé mentale qui soit en mesure d'offrir conseils et aide pendant la transition.

7. Que le gouvernement provincial veille à retirer immédiatement tout obstacle financier pouvant empêcher un client des services de santé mentale bénéficiaire de l'assistance sociale ou d'une autre forme d'aide publique d'avoir accès à une formation en vue de d'acquérir l'autonomie nécessaire à la vie indépendante hors d'un établissement.

8. Que les travailleurs de la santé mentale et les autres pourvoyeurs de soins du système de santé mentale reçoivent une formation spécifique sur la manière de répondre aux clients qui prennent des décisions quant à leurs conditions de logement, qui pourraient nuire à leur sécurité.

9. Qu'une politique soit adoptée pour faire en sorte que, dans la mesure du possible, les changements de personnel de soins de santé (notamment les travailleurs de la santé

mentale ou les fondés de pouvoir) travaillant avec un client des services de santé mentale soient évités pendant les périodes de transition à de nouvelles conditions de logement, périodes pendant lesquelles les risques inhérents pour le client sont accrus.

10. Que des ressources soient allouées pour permettre aux familles des clients des services de santé mentale de recevoir des renseignements sur la maladie mentale de leur proche. Cette mesure devrait être en particulier encouragée dans les circonstances où le contact avec la famille est considéré comme une cause de stress ou de détérioration possible de l'état de santé mentale du client. Dans la mesure du possible, la famille doit être renseignée et doit participer au plan de traitement du client, tout en respectant les souhaits de ce dernier ainsi que sa confidentialité.

11. Que des ressources soient disponibles pour renseigner le grand public sur la santé mentale, afin de contribuer à créer une communauté sûre et ouverte aux personnes souffrant de maladie mentale. Un public informé pourrait être plus prêt à intervenir devant une personne qui présente des symptômes manifestes de trouble mental ou qui semble en détresse.

Service de police de Brandon

Les recommandations suivantes visent à améliorer le processus de réponse aux appels qui est en place au Service de police de Brandon et à améliorer la réponse aux appels concernant des patients éventuellement aux prises avec un problème de santé mentale :

1. Que le Service de police de Brandon améliore son système téléphonique afin de veiller, dans la mesure où cela est raisonnablement possible, à ce qu'une personne qui appelle le Service de police de Brandon ne se heurte pas à une ligne occupée et ne soit pas forcée de rappeler.

2. Que les préposés à la réception reçoivent au moins la même formation en matière de réception des appels que les répartiteurs du Service des incendies de Brandon qui effectuent les mêmes tâches.

3. Que, en cas d'appel téléphonique d'une personne donnant des renseignements sur quelqu'un se trouvant à l'extérieur dans des conditions de froid extrêmes, la personne répondant à l'appel soit formée pour obtenir de son interlocuteur tous les renseignements possibles sur la période de temps passée à l'extérieur, et que ces renseignements soient transmis aux officiers de police qui répondront à l'appel.

4. Que les officiers de police soient mis au courant que, dans la situation où une personne exposée à des froids extrêmes est recherchée, les officiers ont le pouvoir, dans les circonstances appropriées, de recourir aux médias pour alerter le public et obtenir de l'aide pour trouver la personne.

5. Que les employés du Service de police de Brandon reçoivent régulièrement une formation et des renseignements de sensibilisation à la maladie mentale, pour mieux être

en mesure de répondre aux appels concernant des citoyens aux prises avec des troubles mentaux apparents.

DOSSIER DE CAS N° 0728/04

Cause du décès : Blessures multiples causées par une chute d'un endroit élevé

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Mme Anna Maciocha, 27 ans, s'est suicidée le 5 avril 2004, alors qu'elle était en placement non volontaire à l'unité PY2, une unité de santé psychiatrique du Centre des sciences de la santé de Winnipeg. Le matin de son décès, à 11 heures, Mme Maciocha a quitté l'unité après avoir signé le registre indiquant qu'elle quittait pour une absence non accompagnée de deux heures. Elle a été trouvée environ une heure plus tard, sur le toit du 5e étage du stationnement attenant à son immeuble d'habitation. Une enquête menée sur les lieux a révélé qu'elle avait sauté de la fenêtre de son appartement du 20e étage.

Recommandations judiciaires :

Communication avec la famille

1. L'échange d'information avec la famille d'un patient doit être revu et la capacité qu'a la famille de transmettre ses inquiétudes aux pourvoyeurs de soins doit être améliorée. La famille doit recevoir plus de renseignements sur la manière dont elle peut prendre part aux soins de son parent et sur la façon de transmettre ses inquiétudes aux pourvoyeurs de soins.

2. Le Programme de santé mentale doit insister sur l'importance de faire participer les membres de la famille au traitement du patient, en reconnaissant que, dans certains cas, cela n'est pas approprié.

3. Au début du processus d'admission, les fournisseurs de soins appropriés doivent se renseigner auprès du patient pour connaître ses souhaits en matière de divulgation des renseignements sur sa santé aux membres de sa famille. Les renseignements personnels sur la santé peuvent être divulgués si cela est cliniquement approprié, conforme au consentement du patient et aux lois sur la protection de la vie privée.

4. Au moment de l'admission, le plus proche parent ou la personne indiquée par le patient doit recevoir la brochure d'orientation à l'intention de la famille. Cette brochure doit être révisée pour inclure une page personnalisée pour le patient, identifiant les infirmières primaires et secondaires du patient, les étudiants et les

résidents en médecine participant aux soins, le médecin traitant et le défenseur des droits des patients. Si le patient a donné des instructions à l'effet que sa famille ne doit pas recevoir ces renseignements, ceci doit être noté sur cette page. Le dossier du patient doit contenir un renvoi à ce document.

5. Si cela est approprié et si le patient y consent à l'avance, peu de temps après l'admission du patient, le pourvoyeur de soins approprié organisera une rencontre avec la famille.

6. Durant la rencontre avec la famille ou tout autre échange avec la famille du patient, les membres de la famille doivent être encouragés à donner régulièrement des renseignements sur le patient à l'équipe de soins, et en particulier à signaler tout changement de comportement perçu ou toute autre préoccupation.

7. Si le patient a consenti à la divulgation de renseignements personnels sur sa santé avant la rencontre avec la famille, et si cela est cliniquement approprié, l'équipe de traitement peut divulguer des informations personnelles sur la santé du patient et discuter du plan de traitement en cours, conformément au consentement donné par le patient.

8. Tôt au cours du processus d'admission, l'équipe de traitement doit prévenir les membres de la famille que des congés peuvent être accordés au patient, et la famille doit recevoir des renseignements de base sur ces congés.

9. La brochure d'orientation à l'intention de la famille doit être revue pour inclure une section traitant des congés, donnant des renseignements de base sur leur objectif et encourageant les membres de la famille à exprimer toute inquiétude à leur égard.

10. Le médecin traitant doit signaler à la famille le décès du patient dès que pratiquement possible. Il doit alors offrir de rencontrer la famille dans un délai raisonnable, pour discuter des circonstances ayant mené au suicide.

11. Le consultant pour les personnes en deuil du Centre des sciences de la santé doit faire un suivi auprès de la famille du patient dans un délai raisonnable après le décès, pour déterminer si la famille a d'autres questions à poser concernant le suicide et, en particulier, pour savoir si la famille a rencontré le médecin traitant pour discuter des circonstances.

12. Les limites législatives imposées au personnel médical doivent être mieux comprises par les professionnels de la santé. Un atelier éducatif sur les lois en matière de confidentialité et leurs répercussions sur les communications avec la famille doit être offert à l'équipe médicale et au personnel.

Accorder ou révoquer les congés

1. Lorsque le médecin traitant a reçu une demande de consultation avec un patient en raison d'une détérioration de l'état de ce dernier, les congés du patient doivent être

temporairement révoqués et le patient ne doit pas avoir le droit de quitter l'unité avant que la consultation avec le médecin traitant n'ait eu lieu.

2. Après le retour du patient d'un congé au cours duquel il a rencontré un membre de sa famille, le personnel de l'unité doit tenter d'obtenir des renseignements de ce membre de la famille, concernant le déroulement du congé et le comportement du patient durant le congé. Selon l'importance clinique des renseignements fournis par la famille, cette information doit être à la fois inscrite au dossier et transmise au médecin approprié.

3. Si un membre de la famille ou un fournisseur de soins du patient demande que les congés d'un patient non volontaire soient révoqués en raison d'un risque de suicide ou d'une préoccupation importante quant à la sécurité du patient, les congés du patient doivent être automatiquement révoqués jusqu'à la tenue d'une consultation documentée avec un résident ou le médecin traitant.

Le livre des congés

1. Avant de recevoir un privilège à l'extérieur de l'unité ou un congé pour la première fois, le patient doit se faire expliquer par un membre de l'équipe de soins qu'il est responsable de signer le livre des congés avant de quitter l'unité et qu'il doit se rapporter à un membre du personnel infirmier avant de se prévaloir de son congé.

2. Des renseignements doivent être ajoutés à ce qui est indiqué dans la brochure du Centre des sciences de la santé « Bienvenue à l'unité PY2 pour adultes hospitalisés », expliquant que le patient est responsable de se rapporter à un membre du personnel infirmier avant de se prévaloir de son congé.

3. La signature du livre des congés doit être obligatoire et le personnel doit y veiller.

4. Le livre des congés de l'unité doit être standardisé, être dactylographié et comprendre les renseignements suivants :
   (a) Le type de congé ou de privilège à l'extérieur de l'unité dont se prévaut le patient;
   (b) La date et l'heure à laquelle le patient quitte l'unité;
   (c) La destination du patient;
   (d) La date et l'heure du retour du patient à l'unité.

5. Lorsque le patient se prévaut d'un congé, il doit signer le livre des congés pour confirmer qu'il s'est rapporté à membre du personnel infirmier avant de quitter l'unité.

6. Un membre du personnel infirmier doit effectuer une évaluation obligatoire avant qu'un patient ne quitte l'unité pour un congé et lorsqu'un patient revient à l'hôpital après un congé non accompagné ou d'une nuit. Bien qu'une politique soit présentement en vigueur à l'hôpital à cet effet, elle ne semble pas être appliquée. De manière plus significative, les besoins du patient doivent être évalués afin de

déterminer s'il y a eu un changement dans son état qui exigerait une modification de son niveau d'observation ou de ses congés. La personne qui effectue cette évaluation doit obligatoirement documenter l'évaluation de manière officielle et préciser si les congés ou le niveau d'observation doivent être changés. Le patient doit également être évalué non seulement pour vérifier qu'il a pris ses médicaments, mais également pour des raisons de sécurité et pour empêcher que des objets dangereux ne soient rapportés à l'unité.

7. La politique concernant les patients absents sans permission doit être strictement respectée par le personnel.

Processus d'évaluation du risque de suicide et formation

1. L'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) doit instaurer immédiatement une formation obligatoire sur l'évaluation du risque de suicide. Il doit s'agir d'un cours ou d'un atelier standardisé exhaustif (cours de base) pour le personnel infirmier qui travaille dans des unités psychiatriques pour patients hospitalisés. Le contenu du cours doit être revu par un psychiatre. Le cours de base doit être obligatoire pour tous les infirmiers qui acceptent un emploi dans une unité psychiatrique pour patients hospitalisés. De plus, tout le personnel infirmier qui travaille présentement dans une telle unité devrait obligatoirement suivre le cours de base.

2. L'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) doit instaurer immédiatement un cours d'appoint standardisé sur l'évaluation du risque de suicide (cours d'appoint) pour le personnel infirmier qui travaille dans des unités psychiatriques pour patients hospitalisés. Cette formation ne sera pas aussi longue et détaillée que le cours de base. Le contenu du cours doit être revu annuellement et mis à jour par un psychiatre, au besoin. Suivre le cours d'appoint annuellement doit être obligatoire pour tous les infirmiers qui acceptent un emploi dans une unité psychiatrique pour patients hospitalisés.

3. Lorsque des étudiants en médecine commencent un stage dans une unité psychiatrique pour patients hospitalisés, ils doivent suivre une séance de formation obligatoire comprenant des instructions données par un psychiatre ou un résident sur la question de l'évaluation du risque de suicide.

4. Les patients non volontaires doivent être réévalués chaque jour, soit par un étudiant en médecine ou par un résident en psychiatrie, et l'évaluation doit être revue par le psychiatre traitant.

Inscription des données au dossier

1. On doit rendre obligatoire la lecture du dossier par l'ensemble du personnel infirmier ainsi qu'une mise à jour concernant chaque patient au début du quart de travail. Pour ce faire, on doit exiger du personnel infirmier qu'il signe le dossier après avoir lu les inscriptions de la journée précédente.

2. Les données inscrites au dossier doivent être lisibles; cet objectif peut ou non être réalisé par l'adoption éventuelle de dossiers sur support électronique. En effet, des dossiers électroniques permettraient d'assurer la lisibilité des renseignements sur les patients. Cela permettrait également le réseautage de l'information, évitant le copiage des données à des endroits multiples. Si les inscriptions continuent d'être illisibles, des mesures doivent être prises par les superviseurs, car un dossier illisible est dénué de sens et peut mettre le soin des patients en danger. L'ORSW doit poursuivre ses efforts de mise en œuvre d'un système d'information pour les hôpitaux.

3. Les avis verbaux concernant toute question de sécurité pour un patient ont la préséance sur la consignation écrite de préoccupations quant au patient. Toutes les questions de sécurité qui concernent les patients doivent cependant être rapportées dans le dossier au moment où elles surviennent ou dès que possible par après.

4. Les étudiants en médecine doivent inscrire une note de transfert dans le dossier du patient pour résumer les soins prodigués et les progrès réalisés lorsqu'un autre étudiant en médecine doit prendre la relève des soins. Les infirmières de soins primaires doivent adopter la même méthode.

5. Le Programme du Centre des sciences de la santé doit revoir ses méthodes actuelles d'inscription des données au dossier et mettre au point des lignes directrices ou une politique prévoyant, entre autres :
   (a) que les notes soient lisibles,
   (b) que les notes soient inscrites dès que raisonnablement possible,
   (c) que quand cela est raisonnablement possible, les médecins et le personnel infirmier revoient les inscriptions récentes au dossier du patient avant de rencontrer ce dernier,
   (d) que les notes comprennent, habituellement, les observations et les faits cliniques significatifs,
   (e) qu'il faut insister sur les préoccupations quant à la sécurité et les surligner.

Ressources

1. Il faudrait songer à avoir du personnel supplémentaire le lundi, pour faciliter le traitement des congés, des nouvelles admissions et des autres tâches accumulées.

2. Pour la continuité des soins des patients, les psychiatres traitants ne devraient pas, quand cela est possible, prendre leurs congés consécutivement.

3. L'hôpital devrait évaluer la faisabilité de choisir un jour autre que le lundi pour donner leur congé aux patients de cette unité, ou songer à répartir les congés sur plusieurs jours pour réduire l'accumulation de travail qui se produit le lundi.

Accès aux médecins et demandes de traitements des patients

1. Le principe de base à adopter est le suivant : les patients doivent avoir accès à leur médecin traitant dans un délai raisonnable. Les demandes de la part des patients de

consultation avec leur médecin traitant doivent être consignées, de même que la réponse reçue pour chaque demande.

2. Le patient doit être mis au courant de la raison du refus d'une consultation avec un médecin traitant.

3. Le Programme du Centre des sciences de la santé doit déterminer si une norme doit être adoptée pour tous les patients hospitalisés, en ce qui a trait à la fréquence des évaluations directes et personnelles par un médecin traitant.

4. Le Programme du Centre des sciences de la santé doit revoir ses méthodes pour ce qui est des réponses aux demandes de patients qui veulent une consultation avec un médecin traitant, et s'efforcer d'établir des normes de soins des patients à cet effet.

5. Le Programme du Centre des sciences de la santé doit revoir son processus de couverture pour les médecins en vacances, afin de veiller à ce que les soins soient assurés lorsqu'un médecin est absent ou en congé.

Marche à suivre dans les situations critiques

1. Il faut exiger que tous les employés prenant part aux soins des patients prennent en note toutes leurs interventions auprès du patient au cours de la période qui a précédé son décès. Ces notes doivent être consignées dès que possible après avoir reçu l'avis de décès du patient. Chaque membre du personnel doit consigner ses notes indépendamment, sans consulter les autres employés.

2. Après un suicide ou une tentative de suicide par un patient admis à l'unité des soins psychiatriques, toutes les mesures doivent être prises pour conserver la scène intacte, y compris les preuves physiques et documentaires.

3. Tous les outils de communication liés au patient, y compris son dossier et les enregistrements se rapportant à lui, doivent être saisis immédiatement et gardés dans un endroit sûr pour examen par les enquêteurs et les tribunaux.

4. Les gestionnaires ne doivent pas enquêter sur les situations critiques survenant dans leur propre unité. Un gestionnaire extérieur à l'unité doit évaluer l'événement afin d'assurer une évaluation objective et critique, sans conclusions préconçues ni biais.

5. Après le suicide d'un patient admis à l'unité de soins psychiatriques, un examen détaillé et une évaluation franche doivent être effectués. Le but de l'examen sera de tirer des leçons de l'événement et non de pointer du doigt. L'examen doit comprendre au minimum :
   (f) deux intervieweurs,
   (g) des entrevues avec toutes les personnes qui participaient aux soins du patient,
   (h) la préparation de notes portant sur l'information recueillie durant les entrevues,
   (i) un examen du dossier médical du patient,

(j) l'établissement du déroulement chronologique des événements, un rapport qui comprendra les causes possibles du suicide et, si cela est approprié, des recommandations pour prévenir que des situations semblables ne se reproduisent, ainsi qu'un plan d'action avec un calendrier précis. Le rapport pourra ensuite être utilisé comme outil d'apprentissage.

6. Le rapport donnera ensuite lieu à une « autopsie psychologique » durant laquelle le personnel se réunira et examinera les événements dans un contexte dénué de blâme et non menaçant. On pourra songer à avoir recours aux services d'un faciliteur externe pour cette rencontre.

DOSSIER DE CAS N° 2836/04

Cause du décès : Traumatisme crânien fermé

Nature du décès : Accident de la route

Circonstances : M. Melford Nickoshie, 42 ans, était détenu au Service de police de Winnipeg en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*. Il a coopéré avec la police et a été placé sur le siège arrière de la voiture de police pour être conduit au poste du District 3. Des accusations formelles ont été portées contre lui, on lui a passé les menottes et on l'a conduit au Centre de détention provisoire de Winnipeg. Il a été assis sur un banc dans une salle de garde. Pendant que les officiers remplissaient les documents, il a glissé du banc est tombé au sol en se frappant la tête sur un séparateur de métal. L'infirmière a ordonné aux officiers de le conduire à l'hôpital. Il a été admis au service d'urgence où un tomodensitogramme a révélé un traumatisme crânien fermé, rendant toute chirurgie impossible.

Recommandations judiciaires :

Aucune.

DOSSIER DE CAS N° 0916/96

Cause du décès : Hématome sous-dural

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Peu après minuit le 23 juillet 1995, le Service de police de Winnipeg et les Services ambulanciers de Winnipeg ont répondu à un appel concernant une lutte et un homme blessé. La victime, Eric Clipping, a été découverte sur les lieux. L'homme saignait en raison de lacérations à la tête et il a été transporté au Centre des sciences de la santé (CSS). On lui a fait des points de suture et la police l'a transporté au Main Street Project, car il était en état d'ébriété manifeste. Il est arrivé à 5 h 45 et a été placé dans une salle de garde où il faisait l'objet d'une vérification visuelle toutes les quinze minutes. À environ 13 heures, on a observé qu'il tremblait et on l'a conduit au CSS. Il a subi une intervention chirurgicale d'urgence mais n'a jamais repris conscience. On l'a transféré à un établissement de soins à Churchill, Manitoba, où il

est demeuré dans un état végétatif jusqu'à sa mort, le 28 avril 1996.

Recommandations judiciaires :

1. Que le Main Street Project exige que les personnes détenues sur les lieux soient éveillées toutes les 2 heures et non pas toutes les 4 heures comme l'exige la politique actuelle.

2. Que le Main Street Project élabore et adopte un protocole pour garantir la sécurité du personnel lorsqu'une personne en état d'ébriété est réveillée.

3. Que tous les patients du Main Street Project reçoivent une brochure leur indiquant d'obtenir une aide médicale immédiate s'ils présentent des symptômes tels que des nausées ou des vomissements.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE *

Année	Garçons	Filles	Total
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002**	24	22	46
2003**	25	18	43
2004**	20	22	42
2005**	30	24	54
2006**	21	21	42
Total	**288**	**239**	**527**

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

**Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* stipule ce qui suit :

S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :

a) soit avait été pris en charge par un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

(b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :

(c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;

(d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef (MLC) peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en

vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Résumé des recommandations au ministre des Services à la famille et du Logement

Outre les 14 rapports (concernant 14 enfants) pour lesquels le médecin légiste en chef a fait 35 recommandations concernant les services proposés, les services fournis à 17 autres enfants ont fait l'objet d'un examen (pour un total de 13 rapports). Pour ces 13 cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause[1]. Aucun dossier n'ayant été fourni concernant les services fournis pour les quatre autres enfants, le médecin légiste en chef n'a pas pu examiner les services pour quatre des 17 enfants.

Les recommandations ci-dessous tirées de 14 rapports ont été regroupées en catégories.

	Nbre	Total
Bureau du MLC		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis au Bureau du médecin légiste en chef.)		
Que la Direction de la protection de l'enfance, une autorité ou un office veille à ce que l'information soit fournie au BMLC tel que requis.	1	
		1
Gestion des dossiers des offices et de la Direction		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis en général par un office ou par la Direction.)		
Qu'un accès fiable au système d'information des Services à l'enfant et à la famille (SISEF) soit fourni à tous les offices mandatés de la province afin d'assurer des services uniformes et en temps opportun aux enfants et aux familles du Manitoba. On recommande également que les offices fassent subir à certains de leurs employés une formation sur le système d'accueil actuel de la province et sur le SISEF, pour assurer des services uniformes et en temps opportun aux enfants et aux familles du Manitoba.	1	
Qu'un office se serve d'un de ses propres dossiers comme exemple de dossier de protection de l'enfance bien tenu, pour la formation des nouveaux employés.	1	
Qu'un office veille à ce que les inscriptions aux dossiers soient faites sans délai et qu'un dossier soit créé pour l'inscription des contacts, y compris l'inscription des renvois de cas de mauvais traitement au SISEF.	1	
Que la Direction s'assure que la formation provinciale reconnaisse qu'un enfant d'une famille peut être victime de mauvais traitement tandis que les autres enfants reçoivent des soins adéquats, et que les soins prodigués à un enfant ne sont pas représentatifs du mauvais traitement ou de la négligence rapporté concernant un	1	

[1] L'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg est maintenant connu sous les noms Bureau de Winnipeg de la Direction des services à l'enfant et à la famille, Services à l'enfant et à la famille ruraux et du Nord, Services à la famille et Logement Manitoba. Les agences provinciales de protection des enfants sont également considérées comme des « offices ».

autre enfant. On recommande également que la propreté et l'ordre ne soient pas associés d'emblée à l'absence de mauvais traitement.

Que la Direction veille à ce que les normes de programmes en cours d'élaboration reconnaissent qu'un enfant peut être victime de mauvais traitement au sein d'une famille qui semble autrement bien fonctionner. 1

Que les autorités et les offices veillent à l'obtention des noms entiers de personnes associées aux familles recevant des services de protection et que les évaluations du risque criminel soient obtenues lorsqu'il existe des inquiétudes relatives à la protection de l'enfance. 1

6

Personnel des offices, des autorités et de la Direction

Que les offices et l'autorité appropriée créent du matériel de formation sur la dynamique des mauvais traitements de nature sexuelle. 1

1

Mesures prises par les offices, l'autorité et la Direction dans les cas de mauvais traitement et de négligence
(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'à la pratique en général.)

Qu'un office enquête à fond sur toutes les plaintes de mauvais traitement et de négligence, conformément aux normes provinciales des offices des services à l'enfant et à la famille. 1

Qu'un office détermine si une personne ayant vraisemblablement été auteur de mauvais traitement envers un enfant pose un risque pour d'autres enfants, et que les rapports de mauvais traitement d'enfants soient examinés tel que requis dans la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. 1

Qu'un office veille à ce que les enfants qui sont la cible de mauvais traitement verbal ou émotionnel reçoivent la protection exigée par la s.17 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. 1

Qu'une autorité veille à ce que les normes des programmes concernant les enquêtes d'allégations de mauvais traitement d'enfants soient suivies par les agences, notamment que l'enfant ou les enfants en question soient vus par le personnel de l'enquête. 1

4

Mesures prises par les offices, l'autorité et la Direction dans des cas particuliers
(Ces recommandations ont trait aux mesures à l'égard de familles et d'enfants en particulier.)

Que le renvoi d'une autorité à une autre concernant la sécurité d'un nouveau-né soit entrepris et qu'il fasse l'objet d'un suivi. 1

Que le renvoi d'une autorité à une autre concernant la sécurité d'un nouveau-né soit entrepris et qu'il fasse l'objet d'un suivi. 1

Qu'un office évalue le fonctionnement d'une famille élargie et la qualité de l'appui qu'elle peut fournir aux parents en deuil et à leur enfant survivant, et que les résultats de cette évaluation figurent dans le plan de services. 1

Qu'un office et l'autorité appropriée passent en revue les plans de cas des frères et sœurs survivants d'un enfant décédé. 1

4

Enfants pris en charge
(Ces recommandations sont propres aux services fournis aux enfants en foyer nourricier.)

Que la Direction de la protection de l'enfance veille à ce que les cas d'enfants placés auprès de personnes qui tentent d'obtenir une tutelle restent ouverts à un office jusqu'à ce que la tutelle ait été accordée par la cour. 1

Que les normes de programmes abordent la question des ententes privées de placement d'enfants, en particulier ce qu'un office doit faire avant d'autoriser de telles ententes. La norme de lieu sécuritaire actuelle offrirait une protection aux enfants dans ces situations. 1

Qu'un office agissant comme tuteur d'un enfant s'assure d'obtenir la tutelle légale par les tribunaux ou, s'il est réticent à procéder ainsi pour une raison quelconque, qu'il trouve le tuteur légal de l'enfant pour prendre les décisions au nom de l'enfant. 1

Que l'on songe à retirer des offices de services à l'enfant et à la famille la responsabilité de surveiller le placement des enfants dans des établissements médicaux lorsqu'il n'y a pas d'autres raisons pour que les services de protection de l'enfant interviennent ou qu'une autre méthode de service soit trouvée si cela ne peut être fait. 1

Qu'un office, en collaboration avec l'autorité appropriée, prévienne une autre autorité d'événements qui se sont produits dans un foyer où un enfant en tutelle de la seconde autorité est placé. 1

Qu'un office s'assure que sa politique concernant l'affichage de photos d'enfants en tutelle sur Internet soit respectée par les familles d'accueil. 1

Qu'un examen d'un foyer d'accueil soit entrepris et que les résultats soient partagés avec d'autres offices. 1

Que la Direction, avec l'approbation du ministre, partage les résultats du rapport du médecin légiste avec un office non mandaté.	1	
Qu'une autorité veille à ce que les parents nourriciers suivent les normes provinciales en matière d'entreposage de tous les médicaments.	1	
Qu'un office s'assure que tous les foyers nourriciers aient un permis, conformément aux normes du programme provincial.	1	
Que la Direction mette au point une norme de programme concernant le recours à des placements privés dans les cas où il n'y a pas de soucis quant à la protection. On recommande en outre que les fournisseurs de soins reçoivent des instructions claires à l'effet que les enfants en question ne peuvent pas être placés ailleurs, jusqu'à ce que l'office approprié ait été prévenu et qu'il ait évalué le milieu dans lequel l'enfant vivrait.	1	
Que la Direction et les autorités établissent une norme provinciale et des méthodes pour travailler avec les familles nourricières après le décès d'un enfant recueilli.	1	
Que deux offices tiennent avec la famille nourricière d'un enfant décédé une réunion de mise au point.	1	
		13
Mesures prises par la province ou les autorités en place		
Que le Direction de la protection de l'enfance et une autorité avertisse une Première nation d'une préoccupation concernant un foyer nourricier autorisé.	1	
		1
Mesures touchant les rapports entre offices et Directions		
Que la Direction mette au point des normes provinciales exigeant que les renvois de cas transférés en vertu de l'AJI-CWI soient dirigés vers l'office participant au cas de l'enfant ou de la famille.	1	
		1
Contacts des offices et de la Direction et mesures concernant les services parallèles		
(Ces recommandations ont trait aux échanges avec d'autres fournisseurs de services.)		
Que l'office rencontre les responsables d'une agence d'octroi de services pour aborder les questions concernant un membre de leur personnel.	1	
Que l'office rencontre les responsables d'une agence d'octroi de services pour aborder les questions concernant un membre de leur personnel.	1	
		2
Mesures provinciales recommandées à l'égard des services		
(Ces recommandations proposent des changements dans le système de protection de		